Nr. 17. 26. kwietnia 1925. Rok IV

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Tadeusz WĄSOWSKI, Wilno.
asystent kliniki Otolaryngologicznej.
Dr. Marjan MIENICKI,
adjunkt kliniki Dermatologicznej (gab. Roentgena).

Wpływ promieni Roentgena na krzepliwość krwi i formułę leukocytową w świetle własnych spostrzeżeń.

Z klinik Otolaryngologicznej i Dermatologicznej U. S. B. w Wilnie.
Kierownicy: Prof. Dr. Szmurło i Prof. Dr. Z. Sowiński.

Znane od lat kilkunastu działanie dodatnie promieni Roentgena na krzepliwość krwi w stanach krwotocznych stanowi dotychczas kwestję żywo interesującą świat lekarski, zarówno z punktu widzenia teoretycznego jak i praktycznego.

Niepewność działania środków farmaceutycznych w wielu razach w przypadkach krwawienia, a przeciwnie, szybki efekt po naświetlaniu jest tego przyczyną. Z drugiej strony nadzwyczaj ciekawem jest zagadnienie, jak się zachowują stałe składniki krwi oraz jej skład chemiczny pod wpływem naświetlania, oraz na czem polega sprawa zwiększonej krzepliwości krwi pod wpływem naświetlań.

W r. 1905 Gramegma stwierdził wzmożenie krzepliwości krwi po naświetlaniu promieniami Roentgena zwierząt laboratoryjnych. W r. 1912 Triboulet, Albert Weil i Paraf zauważyli w przypadku plamicy polepszenie pod wpływem działania promieni Roentgena, trwające czas dłuższy. W r. 1913 Manuchin podaje własne spostrzeżenie w tej kwestji. W r. 1920 Stephan ogłasza swą pracę p. t. »Reticulo-endothelialer Zellaparat und Blutgerinnung«, w której daje pewne wyjaśnienie przyczyny tych zjawisk. Mianowicie uważa on, że główną rolę odgrywa tu aparat śródbłonkowo-siateczkowy śledziony, który zostaje podrażniony przez naświetlanie promieniami Roentgena.

Inni autorzy, jak Schenes, Tichy, Levy-Dorn i Schulhof, Feissly, Partsch, Wohlisch widzieli wzmożenie krzepliwości krwi nietylko po naświetlaniach śledziony, lecz i innych narządów i części ciała ludzkiego (wątroba, naczynia, szyja, kolano). Canuyt i Wolff otrzymali najlepsze wyniki przy naświetlaniach śledziony i wielkich naczyń; prócz tego Canuyt i Labarre otrzymali pozytywne wyniki z krwią in vitro.

W r. 1921 Neuffer w pracy swej p. t. »Ueber Milzbestrahlung bei Hämophilie« wyraża odmienny od Stephan'a pogląd na istotę zmian wywołujących wzmożenie krzepliwości krwi. Jego zdaniem wzmożenie krzepliwości idzie równolegle do występującego w następstwie naświetlania promieniami Roentgena rozpadu limfocytów i leukocytów. W swej pracy przytacza on spostrzeżenia Heineck'ego, który badał działanie promieni X na śledzionę psów. Widział on mianowicie występujące najsilniej po 12 godzinach od naświetlania zmiany rozpadowe w grudkach chłonnych śledziony, które jednak zostawały już po 14 dniach wyrównane.

Badanie Pagnier'a, Ravina'y i Solomon'a nie potwierdzają zdania Neuffer'a.

Wreszcie istnieje pogląd, że odgrywa tu rolę wstrząs koloidowy, wywołany dostaniem się do krwiobiegu uwolnionych pod wpływem naświetlania ze śledziony ciał białkowych (M. Giraud, G. Giraud, L. Pagés).

U nas wpływ dodatni naświetlań promieniami Roentgena na krzepliwość krwi dokładnie badali, sądząc z dostępnej nam literatury, Semerau-Siemianowski, Misiewicz, Pułjanowski, Kowalski. Ten ostatni uważa, że najbardziej celowe są naświetlania śledziony, gdyż ona więcej niż każdy inny narząd posiada komórek śródbłonkowych, skupionych na względnie małej przestrzeni.

Obserwując na oddziale otolaryngologicznym szpitala wojskowego w Wilnie dwóch chorych ze zmniejszoną krzepliwością krwi (jeden — z krwawieniem nosowem; uniemożliwiającem wykonanie zabiegu na przegrodzie nosa, drugi — z krwotokiem pooperacyjnym z nosa), przedsięwzieliśmy z inicjatywy Prof. Szmurły, kierownika kliniki otolaryngologicznej U. S. B. niniejszą pracę, w celu określenia najdogodniejszej ze względów praktycznych metodyki naświetlań oraz dawkowania, z drugiej strony wyjaśnienia, jak się zachowują w okresie naświetlań stałe składniki krwi tak pod względem ilościowym jak i jakościowym. Wykonane w pierwszym przypadku badanie składników stałych krwi przed i po naświetlaniu, wykazujące pewne zmiany, zachęciło do dalszych obserwacyj w tym kierunku. Liczba badanych przez nas osobników jest względnie niewielka, jednak zmiany w zachowaniu się głównie białych ciałek krwi zasługują na uwagę i pozwalają na pewne niepozbawione znaczenia, uogólnienia.

Krótkie historje chorób pierwszych dwóch badanych są następujące:

I. Józef S. st. szeregowiec 22 lat, budowy prawidłowej, odżywiania miernego. Uskarża się na trwającą od roku trudność oddychania nosem. Po skaleczeniu łatwo i długo krwawi. Serce, płuca, narządy jamy brzusznej bez zmian, t° — normalna, mocz — N, odczyn Wassermann'a ujemny. Badanie nosa wykazuje przerost obu małżowin dolnych i skrzywienie przegrody nosa w lewo. Postanowiono dokonać resekcji podśluzowej przegrody. Podczas znieczulania pola operacyjnego zastrzyknięciem novocainy z adrenaliną wystąpiło bardzo obfite krwawienie, które zmusiło do zatamponowania nosa. Krzepliwość krwi (met. Sahli) 20—23' (21. VIII.). Choremu 29. VIII. b. r. naświetlano śledzionę, 3. IX. — piszczel, 8. IX. dłoń, 25. IX. — dłoń po uprzedniem nałożeniu na ramię węża Esmarch'a, 27. IX. — płuco, poczem wykonana została bez żadnego krwawienia operacja. Przebieg pooperacyjny normalny.

II. Piotr O. szeregowiec 22 lat, budowy i odżywienia prawidłowego. Chorób żadnych nie przechodził. Rodzeństwo zdrowe. Od 5-ciu miesięcy trudność oddychania nosem. Płuca, serce, narządy jamy brzusznej bez zmian, t° — normalna, mocz — N, odczyn Wassermann'a ujemny. Badania nosa wykazują przerost prawej dolnej małżowiny w bardzo znacznym stopniu, tylna rynoskopja wykazuje guz z prawej strony jakby zstępujący ze stropu i bocznej ściany nosa, opuszczający się do dolnej części przewodu wspólnego i zrastający się z tylną częścią przegrody. 21. VII. b. r. usunięto zwykłym sposobem muszlę dolną Podczas operacji wystąpił silny krwotok, uniemożliwiający dokończenie zabiegu, wobec czego przewód nosowy szczelnie wytamponowano. Najmniejsza próba wydobycia sączków w okresie pooperacyjnym wywołuje nowe krwotoki, stosowanie zaś surowicy, żelatyny, oraz soli wapnia pozostaje bez skutku. Ciepłota szybko podnosi się, występują objawy zakażenia. Krzepliwość krwi (met. Sahli) 1. VIII. — 11 — 16', a 3. VIII. — 17—20'. Głębsze sączki pozostawiono do 14. VIII., poczem krwotoki ustały. Chory poprawił się. Ponieważ jednak należało operację zakończyć, chory był poddany naświetlaniom promieniami Roentgena. Pierwsze naświetlanie wykonano 31. VIII. (piszczel), drugie (śledziona) — 8. IX. trzecie (dłoń po uprzedniem starannem usunięciu za pomocą masowania krwi żylnej i nałożeniu prócz tego na ramię węża Esmarch'a) — 27. IX. Dnia 29. IX. wykonano operację usunięcia guza sposobem Denker'a (prof. Szmurło), przyczem okres pooperacyjny przeszedł normalnie.

Badania krzepliwości oraz składników stałych krwi w tych dwóch przypadkach były wykonywane bezpośrednio przed naświetlaniem, zaraz po naświetlaniu (10'), w godzinę po naświetlaniu, w 5 godzin, w 27 godzin, w 100 godzin. Prócz tego niekiedy były czynione dodatkowe badania, o ile wymagały tego zmiany w krzepliwości krwi; n. p. po niektórych naświetlaniach zmiany trzymały się ponad 100 godzin, wobec czego badania przedłużały się nawet do godzin 400.

Niekiedy naświetlania następowały szybko po sobie w celu porównania wyników osiągniętych przez to z wynikami otrzymanemi po naświetlaniach pojedynczych. Naświetlane były różne narządy u tych samych osobników, by sprawdzić, czy wyniki będą się różniły w warunkach tego samego ustroju. Przestrzegaliśmy, by technika naświetlania i dawka zawsze były jednakowe. Naświetlaliśmy jedno pole, odległość

TABLICA I. Józef S.*).

Czas badania	Krzepliwość krwi	Ilość hemogl.	b. c	c. c.	płytki	L.	E.	M.	T.	Tü.	My.	Mł.	Pał.	W.	N.
przed naświetleniem	15—20'	70	8.800	2,950.000	159.300	31%	9,5%	3%	2,5%	1%	—%	—%	6%	47%	53%
29. VIII naświetlanie śledziony.															
w 10'	14—21'	70	8.100	3,700.000	318.200	36.5	5.5	6.5	0.5	1.5	—	3	3.5	43	49 5
» 1 godz.	7—17	65	8.100	4,100.000	184.500	39	6	3	—	2	—	3	7.5	39.5	50
» 5 »	9—12	65	10.000	4,300.000	216.400	53.5	7	1.5	2.5	0.5	—	—	4	31	35
» 27 »	7—10	70	10.400	2,600.000	83 200	39	4	12	2	1	—	2	1	39	42
» 100 »	17—23	70	6.900	2,750.000	130.500	41.5	3.5	11	—	—	—	3.5	2.5	38	44
3. IX naświetlanie piszczeli.															
w 10'	9—12'	70	6.800	2,500.000	114.750	35.5	3.5	4	—	—	0.5	3.5	3	50	57
» 1 godz.	9 13	65	3.500	3,330.000	183.500	25	7	8.5	—	—	1	4.5	1.5	52.5	59.5
» 5 »	10—12	60	2.800	2,750.000	148.000	40.5	5	7	0.5	--	0.5	3.5	3	40	47
» 27 »	16—20	70	3.200	2,900.000	192.000	45.5	2	8	1	—	1.5	2,5	7.5	32	43.5
» 100 »	13—18	80	5.200	3,150.000	130.200	30	5	15	—	—	—	3	8	39	50
8. IX naświetlanie dłoni.															
w 10'	9—14'	75	5.200	2,750.000	129.250	46	2	8	1	—	—	3	5	35	43
» 1 godz.	8 9	75	4.300	2,800.000	159.600	30	4	24	—	—	--	7	4	31	42
» 5 »	10—13	65	4.400	1,900 000	84.000	36	11	11.5	0.5	—	0.5	3	5.5	32	41
» 27 »	6—12	75	4.900	1,850.000	114.000	28	3	19	1	—	—	1	4	44	49
» 72 »	6—10	65	7.500	3,530.000	127.000	41	1	8	-	—	—	4	4	42	50
» 100 »	9—11	70	6.300	2,000.000	90.000	45	5.5	7.5	—	—	—	1	5	36	4[illegible]
» 124 »	8--11	70	8.000	1,600.000	96.000	45.5	3	5	--	—	—	2.5	6	38	46.5
» 148 »	9—13	70	7.200	2,460.000	113.160	54	6	1	—	—	—	1	6	32	39
» 172 »	10—15	70	8.200	3,000.000	210.000	39	6.5	3	1	—	—	0.5	3	47	50.5
» 200 »	10—12	80	6.600	2,800.000	180.000	49	6	9	—	—	—	—	4	32	36
» 224 »	12—15	60	7.300	2,600.000	222.400	57	4.5	1.5	—	—	—	0.5	3	33.5	37
» 250 »	10—14	75	5.600	2,200.000	154.000	48	4	7	—	—	—	—	2	39	41
» 300 »	10—17	75	8.200	3.250.000	253.000	40	8	6	—	—	—	—	7	39	46
» 350 »	11—12	90	5.600	2,400.000	144.000	42	10	10	—	—	—	—	6	32	38
» 400 »	13—17	80	5.000	2,700.000	189.000	52	6	10	—	—	—	—	8	24	32
» 424 »	9—16	80	3,800	3,250,000	195.000	42	4	6	1	—	—	2	6	39	47

*) b. c. — białe ciałka krwi, c. c. — czerwone ciałka krwi, L — limfocyty, E — eozynochłonne, M — mono i przejściowe T — tuczne, Tü — plazmatyczne, My — myelocyty, Mł — młode, Pał — pałeczkowate, W — wielokształtne, N — neutrofile.

T A B L I C A I. Józef S. ciąg dalszy.

Czas badania	Krzepliwość krwi	Ilość hemogl.	b. c.	c. c.	płytki	L.	E.	M.	T.	Tü.	My.	Mł	Pał.	W.	N.
25. IX naświetlanie dłoni po nałożeniu na ramię węża Esmarch'a.															
w 10'	11 - 15'	80	3.600	2,900.000	174.000	42	6	10	—	—	—	2	4	36	42
» 1 godz.	8–12	80	4.400	2,500.000	175.000	38	2	8	2	—	—	2	6	42	50
» 5 »	6–8	80	4.800	2,700.000	164.700	40.5	4.5	7.5	—	—	0.5	2	5.5	39.5	47.5
» 27 »	6–11	85	6.200	3,100.000	186.000	37	5	7	—	—	—	1	9	41	51
» 48 »	8–12	80	4.000	2,600.000	130 000	50	4	7	—	—	—	—	12	30	42
29. IX naświetlanie płuca.															
w 10'	7–10'	80	6.400	3,700.000	259.000	44	3	6	—	—	—	3	7	37	47
» 1 godz.	5–9	80	5.800	3,250.000	227.500	40	16	6	—	—	—	4	4	30	38
» 5 »	6–10	75	9.600	3,000.000	195.100	24	4	2	—	—	—	2	20	48	70
» 27 »	10–13	90	7.000	3,300.000	198.000	42	2	4	—	—	—	8	10	34	52
» 124 »	8–12	85	7.600	4,200.000	210.000	28	10	8	—	—	—	2	6	46	54
» 300 »	12–14	85	6.400	3,550.000	213.000	32.5	4	4	—	—	—	0.5	7	49	56.5

antykatody od powłoki skórnej wynosiła stale 23 cm; filtr glinowy 1 m/m grubości; obarczenie rury 2 m-amp. przy 135 k. w; dawka 2 H wzgl. 10 X. Aparat »Universal« firmy Siemens i Halske, rura systemu Coolidge'a.

Wobec częstych badań dla określenia krzepliwości krwi nie mogliśmy posługiwać się braniem krwi z żyły, lecz braliśmy ją z nakłótego końca palca (sposób podany w podręczniku S z c z e p a ń s k i e g o), sprawdziwszy tę metodę na 50-ciu osobnikach. Z tych 7-miu było zdrowych, pozostali przebywali w szpitalu z rozmaitemi cierpieniami; 24-ch cierpiało na przewlekłe ropienie ucha, 6-ciu na choroby nosa, 12-tu — choroby oczu, w tem 9 z objawami początkowej jaglicy, jeden chory był na zapalenie miedniczek nerkowych . Wiek badanych wahał się między 17—58 l. Przeciętne cyfry krzepliwości krwi wynosiły: dla fazy 1-ej — 9,3', dla fazy 2-ej — 10,1'.

Wzór białych ciałek krwi określany był według szematu S c h i l l i n g'a (patrz — S c h i l l i n g: Das Blutbild und seine kl. Verwendung 1924. Str. 32).

Czas badań zazwyczaj przypadał przed jedzeniem lub najmniej 2 godziny po jedzeniu.

Z podanych tablic widzimy, że krzepliwość krwi ulegała zwykle po naświetlaniach wzmożeniu, niekiedy dość znacznemu. U jednego z naświetlanych po naświetleniu śledziony krzepliwość wzmogła się po 27 godzinach z 15—20' na 7—10' t. j. o 100%, powróciła zaś do cyfr pierwotnych po 100 godzinach; u drugiego badanego już po pięciu godzinach krzepliwość krwi dosięgła swego maximum (z 10—18' na 7—10' t. j. o 90%), potem się nieco zmniejszyła, by po 124 godzinach dać cyfry 5—8', potem znów się zmniejszyła, wykazując po 224 godz. 7—9'; w dalszym ciągu krzepliwość słabła, nie dochodząc jednak do cyfr pierwotnych nawet po 400 godzinach.

Po naświetlaniu piszczeli u pierwszego badanego widzimy wzmożenie krzepliwości krwi już po 10 minutach od naświetlania (z 17—23' na 9—12' t. j. o 94%): po 27 godz. krzepliwość wraca prawie do stanu przed naświetleniem. U drugiego widzimy największe wzmożenie krzepliwości dopiero po upływie 124 godz. (z 13—17' na 6—10' t. j. o 85 procent), po 127 godzinach powrót do stanu poprzedniego.

Naświetlanie dłoni u pierwszego badanego, po uprzednim nałożeniu węża Esmarch'a na ramię, wywołuje zmniejszenie czasu krzepnięcia po 5 godzinach (z 9—16' na 6—8' czyli prawie o 100%), u drugiego zaś przy znaczniejszem anemizowaniu, gdyż przed nałożeniem węża Esmarch'a wyciśnięto możliwie krew żylną z kończyny, — już po upływie jednej godziny od naświetlania krzepliwość nieco się wzmaga (z 13—16' na 10—13' t. j. około 45%), by już po 27 godzinach wrócić do cyfr pierwotnych.

Po naświetlaniu płuca pierwszego badanego po 10' dało się już zauważyć pewne zmniejszenie czasu krzepnięcia, jednak największego stopnia dosięgło ono dopiero po godzinie (z 8—12 na 5—9' czyli prawie 50%). Następnie dały się zauważyć pewne wahania w kierunku przedłużenia czasu krzepnięcia, jednak nieznaczne.

Widzimy więc, iż naświetlania różnych narządów i części ciała tych badanych wywoływało stale wzmożenie krzepliwości krwi. Czas, w którym krzepliwość dosięgała najwyższego stopnia, wahał się między 10 minutami a 124 godzinami od naświetlania. Usunięcie z pola naświetlania znacznej części krwi wpływało nieco ujemnie na stopień wzmożenia krzepliwości, szczególnie zaś jednak na trwałość wyników.

Ilość hemoglobiny ulegała bardzo nieznacznym wahaniom, mianowicie, pewne zwiększenie jej ilości dało się zauważyć u jednego z badanych po 350 godz. od naświetlania dłoni i po 27 godz. od naświetlania płuca.

Co do ilości płytek krwi, to widzimy znaczne jej wahania — zwiększanie się ilości ich do 318,200 u pierwszego badanego w 10 minut po naświetlaniu śledziony, u drugiego do 273,000 po 472 godzinach od naświetlania śledziony, zmniejszanie się zaś do cyfr — 83,200 (po 27 godz. od naświetlania śledziony) u pierwszego i 67,500 u drugiego (po 100 godz, od naświetlania piszczeli i po 5 godz. od naświetlania śledziony). Jeśli te wahania porównać z wahaniami krzepliwości krwi, to zobaczymy, iż u pierwszego przy siedmiokrotnem wzmaganiu się krzepliwości, pięć razy odpowiadało temu zmniejszenie liczby płytek (71,4%), raz jeden zwiększenie (14,3%) raz zaś ilość płytek pozostała bez zmian (14,3%); w okresach zmniejszonej krzepliwości na siedem razy w pięciu obserwowano zwiększenie ilości płytek (71,4%), w dwóch zaś zmniejszenie (28,6%). U drugiego badanego widzimy pod tym względem obraz odmienny. Mianowicie,

TABLICA II. Piotr O.

Czas badania	krzepliwość krwi	ilość hemogl.	b. c.	c. c.	płytki	L.	E.	M.	T.	Tü	My	Mł.	Pał.	W.	N.
przed naświetleniem	13–17'	55	9.700	3,050.000	147.000	24%	4%	2,5%	0,5%	1%	—%	—%	5%	63%	68%
31. VIII. naświetlanie piszczeli															
w 10'	14–17'	70	7.600	2,650.000	82.150	19,5	2	13,5	—	0,5	—	0,5	—	64	64,5
« 1 godz.	11–14	65	6.600	2,250.000	100.000	19,5	6,5	9	—	—	0,5	0,5	1	63	65
« 5 «	8–13	60	6.200	2,350.000	89.000	33	3	8	—	3	0,5	2	3	47,5	53
« 27 «	12–17	60	5.400	3,200.000	128.000	27,5	7,5	7,5	0,5	0,5	0,5	3,5	2	50,5	56,5
« 100 «	6 12	60	3.200	1,500.000	67.500	33,5	4,5	6,5	1,5	—	—	2,5	1,5	50	54
« 124 «	6–10	70	2.700	2,450.000	116.100	22,5	3	6,5	—	—	—	2	5	61	68
« 148 «	12–15	60	6.700	2,700.000	90.200	31	0,5	15	2,5	—	—	3,5	3	44.5	51
« 172 «	10–18	70	3.200	3,000.000	153.000	37	1	11	1	—	—	—	4	46	50
naświetlanie śledziony															
w 10'	9–12'	75	6.000	2,400.000	108 000	25	3	5	0,5	—	—	3	6	57,5	66,5
« 1 godz.	8–12	80	7.000	2,400.000	91.200	27,5	4	6	—	—	1	5	1	55,5	62,5
« 5 «	7–10	65	3.600	2,250.000	67.500	33	6	21	1	—	—	4	2	33	39
« 27 «	7–10	65	4.800	2,250.000	210.000	15,5	0,5	9,5	1,5	—	0,5	3	5	64,5	73
« 72 «	8–12	70	6.600	2,430.000	72.900	41	4	8	—	—	—	—	1	46	47
« 100 «	9–12	60	5.500	2,800.000	103.500	31	5	7	—	—	—	—	3	54	57
« 124 «	5–8	60	6.000	3,480.000	174.000	23	2	7	—	—	—	0,5	1,5	66	68
« 148 «	9–14	60	5.500	2,730.000	125.580	39	4	3	—	—	—	0,5	1	52,5	54
« 172 «	10–13	65	7.200	2,500.000	110.000	26	4	2,5	0,5	—	—	0,5	5	61,5	67
« 200 «	8–10	60	5.400	2,250.000	162 000	38	4	5,5	—	—	—	0,5	2	50	52,5
« 224 «	7–9	75	5.500	1,825.000	132,350	39,5	3,5	3	—	—	—	—	2	52	54
« 250 «	9–12	75	4.600	2,250.000	157.500	46	4	2	—	—	—	—	3	45	48
« 300 «	9–13	70	4.600	3,600.000	216.000	32	2	2	—	—	—	2	4	58	64
« 350 «	11–14	75	4.200	3,000.000	180.000	32	8	8	—	—	—	2	2	48	52
« 400 «	12–15	70	4.400	3,700.000	222.000	30	8	6	—	—	—	—	6	50	56
« 472 «	14–16	75	4.800	3,900.000	273.000	40	11	8	—	—	—	—	5	36	41
naświetlanie dłoni (po możliwem usunięciu krwi żylnej i nałożeniu węża Esmarch'a)															
w 10'	11–17'	75	5.200	3,400.000	221.000	42	8	10	—	—	—	1	4	35	40
« 1 godz.	10–13	70	4.000	3,000.000	210.000	45	6,5	4	—	—	—	1,5	7	36	44,5
« 5 «	10–14	75	6.800	3,300.000	214.500	30	4	8	—	—	—	—	6	52	58
« 27 «	13–17	70	4.800	3,300.000	198.000	30	4	10	—	—	—	—	8	48	56
« 124 «	9–13	80	4.800	3,150.000	176.400	36	1	4,5	—	—	—	0,5	4	54	58,5
« 300 «	10–14	70	6.000	3,500.000	192.500	32	3	6,5	—	—	—	—	6,5	52	58,5

przy wzmożeniu krzepliwości w trzech przypadkach widzimy zwiększenie ilości płytek (50%), w trzech zaś zmniejszenie (50%), przy zmniejszonej krzepliwości dwa razy zwiększoną ilość płytek (33,3%), cztery zaś razy zmniejszoną (66,7%).

Stałej więc równoległości w stosunku do zmian krzepliwości krwi w wahaniach ilości płytek po naświetlaniach stwierdzić nie można.

W zachowaniu się czerwonych ciałek krwi nie możemy również zauważyć jakiejś równoległości w stosunku do krzepliwości krwi. U pierwszego badanego w siedmiu razach zwiększonej krzepliwości obserwujemy raz zwiększenie ilości czerwonych ciałek krwi (14,3%), dwa razy zmniejszenie (28,6%), cztery zaś razy ilość ich pozostaje prawie bez zmian (57,1%). Przy zmniejszonej krzepliwości na siedem razy znajdujemy dwa razy zmniejszenie ilości krwinek (28,6%), trzy razy zwiększenie (42,8%), dwa razy zaś ilość ich nie podlega wahaniom (28,6%). U drugiego badanego na sześć razy zwiększonej krzepliwości dwa razy zwiększa się ilość krwinek (33,3%), cztery zaś razy zmniejsza się nieznacznie (66,7%), przy zmniejszeniu krzepliwości — trzy razy ilość ich wzrasta (50%), dwa razy nieznacznie zmniejsza się (33,4%), jeden raz pozostaje bez zmian (16,6%).

Zachowanie się białych ciałek krwi było następujące; u pierwszego badanego podczas wzmożenia krzepliwości krwi zauważamy pięć razy zmniejszenie się ich ilości (71,4%), dwa razy zaś zwiększenie (28,6%), podczas zaś zmniejszonej krzepliwości pięć razy zwiększenie ilości białych ciałek (71,4%), dwa razy zmniejszenie (28,6%); u drugiego badanego zwiększeniu krzepliwości trzy razy towarzyszyło zmniejszenie liczby białych ciałek (50%), raz zwiększenie (16,7%), dwa razy ilość ich pozostała bez zmian (33,3%), przy osłabieniu krzepliwości cztery razy obserwowano podniesienie liczby białych ciałek (66,7%), dwa razy zmniejszenie ich ilości (33,3%).

Z powyższych zestawień widzimy wyraźną równoległość wahań ilości białych ciałek krwi do wahań krzepliwości: okresom zwiększonej krzepliwości odpowiadało zwykle zmniejszenie ilości białych ciałek, okresom zaś osłabionej krzepliwości — zwiększenie ich liczby.

Badając wzór białych ciałek krwi, możemy zauważyć pewne niekiedy dość znaczne wahania ich wzajemnego stosunku, odpowiadające momentom największej i najmniejszej krzepliwości.

U pierwszego badanego podczas wzmożenia krzepliwości widzimy w 57,1% zmniejszenie ilości limfocytów i obojętnochłonnych, natomiast zwiększenie się odpowiednie ilości eozynochłonnych i przejściowych, w chwilach zaś zmniejszonej krzepliwości — zwiększenie się ilości limfocytów 85,7%, obojętnochłonnych tylko 42,9%, ilość eozynochłonnych zmniejsza się w 71,4%, przejściowych zaś w 57,1%. U drugiego badanego podczas wzmożonej krzepliwości ilość limfocytów ulega zmniejszeniu w 50%, obojętnochłonnych tylko w 16,6 procent, ilość eozynochłonnych w większości przypadków spada (83,4%), przejściowe przybywają w 50%. Momentom osłabionej krzepliwości odpowiada w 50% wzrost limfocytów, eozynochłonnych i przejściowych, natomiast liczba obojętnochłonnych w 83,4% zmniejsza się.

W obu przypadkach prócz tego daje się zauważyć niekiedy, szczególnie po naświetlaniach piszczeli, dość znaczne przesunięcie na lewo wzoru obojętnochłonnych (P. J.).

Obserwując w powyższych przypadkach tak znaczne zmiany w zachowaniu się białych ciałek krwi w stosunku do wahań krzepliwości, ograniczyliśmy się w dalszych swych badaniach na innych osobnikach tylko do notowania zmian krzepliwości, ilości leukocytów i określania ich wzoru.

Badanych było sześciu żołnierzy, przyczem wybrani posiadali naogół nieco zmniejszoną krzepliwość: trzech z przewlekłem ropieniem ucha środkowego bez powikłań, dwóch z wyroślami adenoidalnemi; jeden z zarośnięciem choany. Dwom z nich naświetlaliśmy dłoń trzy razy co 24 godziny (dawka 2 H), dwom innym w tych samych warunkach śledzionę, dwaj pozostali otrzymali po jednem naświetlaniu śledziony przy dawce 6 H. Czas badań zwykle przypadał przed jedzeniem lub nie mniej niż w 2 godziny po jedzeniu.

TABLICA III. Bolesław K.

Czas badania	Krzepliwość krwi	b. c.	L.	E.	M.	T.	Tū.	My	Mł.	Pał.	W.	N.
przed naświetleniem	11—13'	6,800	32%	3%	4,5%	—%	—%	—%	—%	4,5%	56%	60,5%
naświetlanie dłoni.												
w 4 godz.	8—11'	9.200	28	3	5	1,5	—	—	1,5	3,5	57,5	62,5
w 24 »	7—11'	5.400	30	8	4	—	—	—	—	2	56	58
naświetlanie dłoni.												
w 4 »	9—11'	7.600	45	4	3	—	—	—	1	3	44	48
w 24 »	9-10'	7.000	34	5	4	1	—	—	1,5	3,5	51	56
naświetlanie dłoni.												
w 4 «	7—8'	8.000	30	2	12	—	—	—	—	2	54	56
w 24 »	6—8'	7.200	30	6	9	—	—	—	—	1,5	53,5	55
w 48 »	4—5'	8.200	34	2	4	1	0,5	—	0,5	3	55	58,5
w 100 »	7—8'	5.800	50	2	8	—	—	—	—	2	38	40
w 200 »	8—13'	8.800	29	1	7	—	—	—	—	3	60	63

T A B L I C A IV. Stanisław P.

Czas badania	Krzepliwość krwi	b. c.	L.	E.	M.	T.	Tü	My	Mł.	Pał.	W.	N.
przed naświetleniem	9–14'	4.200	31%	1%	3,5%	—%	—%	—%	—%	5,5%	59%	64,5%
naświetlanie dłoni												
w 4 godz.	7–9'	6.600	22	2	10	—	—	—	4	6	56	66
w 24 »	11–14;	5.200	42	4	6	—	—	—	1,5	2,5	44	48
naświetlanie dłoni												
w 4 »	7–8'	8.600	31	1	13	1	—	—	1	6	47	54
w 24 »	7–9'	5.000	14	4	12	—	—	—	4	12	54	70
naświetlanie dłoni												
w 4 »	5–8'	5.600	16	6	16	—	—	—	—	8	54	62
w 24 »		8.200	17	2	6	—	0,5	—	—	4,5	70	74,[illegible]
w 48 »	8–12'	9.600	20	2	16	—	—	—	1	5	56	62
w 100 »	9–11'	6.000	42	2	10	—	—	—	0,5	9,5	36	46
w 200 „	9–13'	4.200	48	2	11,5	1,5	—	—	—	4	33	37

Tablice III. i IV. przedstawiają wyniki badań, otrzymane po trzykrotnem z przerwami 24-godzinnemi naświetleniu dłoni przy dawce 2 H.

U tych badanych po trzykrotnem naświetlaniu dłoni z przerwami 24-godzinnemi krzepliwość wzrastała już po upływie 4-ch godzin od pierwszego naświetlania nieznacznie, naj-

T A B L I C A V. Bronisław K.

Czas badania	Krzepliwość krwi	b. c.	L.	E.	M.	T.	Tü	My	Mł.	Pał.	W.	N.
przed naświetleniem	10–13'	7.400	42%	3%	3%	1%	—%	—%	—%	2%	49%	51%
naświetlanie śledziony.												
w 4 godz.	11–13'	8.200	35	3	14	—	—	—	—	2	46	48
w 24 »	12–15'	8.600	36	4	6	—	—	—	—	6	48	54
naświetlanie śledziony.												
w 4 »	7–12'	6.700	30	2	14	—	—	—	—	5,5	48,5	54
w 24 »	7–11'	6.400	25	4	.10	—	—	0,5	—	8,5	52	61
naświetlanie śledziony												
w 4 »	7–9'	5.400	20	2	6	2	—	—	1	9,5	59,5	70
w 24 »	7–12'	5.300	40	6	10	—	—	—	—	10	34	44
w 100 »	9–13'	6.000	44	4	6	—	—	—	—	6	40	46

większe jednak wzmożenie jej zauważyć się dało dopiero po trzeciem naświetlaniu, przyczem u pierwszego wzrosła prawie trzykrotnie, u drugiego prawie dwukrotnie. Ilość białych ciałek krwi ulegała zwiększeniu. Ilość limfocytów u pierwszego badanego po małym spadku natychmiast po pierwszem naświetlaniu trzymała się na jednej wysokości, dając skoki nieznaczne w kierunku przyrostu w chwilach zmniejszania się krzepliwości. U drugiego badanego widzimy równoległość wahań limfocytów do zachowania się krzepliwości, mianowicie, spadek ich liczby przy wzmożeniu krzepliwości i wzrost przy zmniejszeniu.

W zachowaniu się eozynochłonnych i przejściowych nie można zauważyć jakiejś prawidłowości — ilość ich w chwilach najbardziej wzmożonej krzepliwości w pierwszym przypadku ulegała zmniejszeniu, w drugim przeciwnie wzmożeniu. W zachowaniu się obojętnochłonnych zasługuje na uwagę przesunięcie wzoru ich na lewo (P. J.).

Trzykrotne naświetlanie śledziony dwóch innych dały następujące wyniki (Tablica V i VI).

Krzepliwość krwi u pierwszego zmieniała się bardzo nieznacznie, ulegając na razie nawet osłabieniu. Największe wzmożenie dało się zauważyć w 4 godziny po trzeciem naświetlaniu (około 50%). U drugiego również najpierw wystąpiła faza ujemna, z następnem nieznacznem wzmożeniem krzepliwości (około 50%). Ilość białych ciałek krwi w obu przypadkach zmniejszała się w momentach wzmożenia krzepliwości, zwiększając się przy spadku jej. Limfocyty w obu przypadkach ulegały znacznemu spadkowi podczas wzmagania się krzepliwości, wzrastając liczebnie przy osłabianiu się jej; eozynochłonne nie wykazują większych zmian, naogół liczba ich w pierwszym przypadku wzrasta bardzo nieznacznie po naświetlaniach, w drugim spada. Ilość przejściowych w obu przypadkach wzrasta, obojętno-chłonne wzrastają najpierw liczbowo, ulegając w końcu jednak zmniejszeniu; w momencie największej krzepliwości ilość ich jest największą. P. J. również występuje wyraźnie.

Trzecia para badanych poddana była jednorazowemu naświetlaniu śledziony przy dawce 6 H. (Tablica VII i VIII).

W pierwszym przypadku wystąpiło przedłużenie czasu krzepnięcia, najbardziej zaznaczone po 48 godzinach (z 12' na 21'), w drugim zaś nieznaczny wzrost krzepliwości (z 18' na 11').

Ilość białych ciałek krwi u pierwszego badanego narastała, ulegając spadkowi w momencie największego opóźnienia krzepliwości, u drugiego zaś podczas wzmożenia krzepliwości liczba białych ciałek spadała, narastając równolegle w miarę osłabiania się jej. Liczba limfocytów w obu przypadkach ulegała zmniejszeniu przy wzmożeniu krzepliwości, wzrostowi zaś przy spadku. Ilość przejściowych i eozynochłonnych w pierwszym przypadku po nieznacznych wahaniach w końcu uległa niewielkiemu zmniejszeniu, w drugim eozynochłonne wzrosły, przejściowe najpierw wzrosły, dochodząc jednak potem do cyfr pierwotnych. Obojętnochłonne były w największej ilości w chwilach wzmożenia krzepliwości. P. J. zaznaczone, lecz słabiej, niż w przypadkach poprzednich.

Reasumując powyższe, możemy stwierdzić, że najbardziej wyraźne zmiany zachodziły w zachowaniu się ilości białych ciałek krwi, przeważnie zaś limfocytów. Podczas wzmożenia krzepliwości krwi ilość ich w większości przypadków spadała, niekiedy znacznie, narastając z chwilą zmniejszenia krzepliwości. Naogół jednak po naświetlaniach zauważono więcej niż w połowie przypadków ostateczny przyrost zarówno białych ciałek wogóle jak i limfocytów. W zachowaniu się innych elementów białego wzoru krwi nie mogliśmy zauważyć wyraźnej równoległości w stosunku do zmian krzepliwości krwi.

Nasze spostrzeżenia co do zmian białych ciałek krwi nie są, sądząc z dostępnej nam literatury, odosobnione.

Neuffer notował znaczne wahania ilości białych ciałek po naświetlaniach śledziony. Förster, Heinecke wspominają o rozpadzie białych ciałek przy naświetlaniach.

Mc. Alpin i von Clahn obserwowali w przypadku choroby Hodgkin'a, leczonej promieniami Roentgena, leukopenję, prócz tego brak prawie zupełny eozynochłonnych. Bortier opisuje przypadek anemji z zejściem śmiertelnem przez działanie dłuższe promieni Roentgena u laboranta swego zakładu, gdzie ilość czerwonych i białych ciałek krwi znacznie się zmniejszała.

Według Musante'a naświetlania śledziony wywołują leukopenję, stosunkową limfocytozę. Po naświetlaniach płuc małemi dawkami widział on w pierwszych godzinach neutrofilję przemijającą. W jednym z naszych przypadków po na-

TABLICA VI. Antoni G.

Czas badania	Krzepliwość krwi	b. c.	L.	E.	M.	T.	Tü.	My	Mł.	Pał.	W.	N.
przed naświetleniem	10—17'	6.800	35%	8%	4%	—%	—%	—%	—%	3%	50%	53%
naświetlanie śledziony												
w 4 godz.	9—21'	6.200	34	7	5	—	—	—	—	7	47	54
w 24 »	8 19'	5.100	33	6	5	—	1	—	0,5	6,5	48	55
naświetlanie śledziony												
w 4 »	8-16'	5.200	29	7	11	—	—	—	—	8	45	53
w 24 »	8—13'	5.000	25	6	9	—	—	—	1	7	52	60
naświetlanie śledziony												
w 4 »	11—19'	6.800	30	5	2	—	—	—	—	10	53	63
w 24 »	8—15'	5.700	28	6	14	1,5	—	—	—	6,5	44	50,5
w 100 »	10—19'	5.800	32	4	16	1	—	—	—	4	43	47

T A B L I C A VII. Stefan B.

Czas badania	Krzepliwość krwi	b. c.	L.	E.	M.	T.	Tü	My	Mł.	Pał.	W.	N.
przed naświetleniem	9–12'	8.400	32%	3%	5%	–%	–%	–%	–%	9%	51%	–%
naświetlanie śledziony												
w 4 godz.	11–13'	8.600	40	1	4	—	—	—	—	8,5	46,5	55
w 24 »	10–13'	10.400	35	4	10	—	—	—	1	2	48	51
w 48 »	14–21'	7.600	37	3	5	—	—	—	—	5	50	55
w 100 »	11–15'	8.700	33	2	11,5	—	—	—	—	12	41,5	53,5
w 150 »	11–13'	11.200	28	1	4	—	—	—	—	6	61	67

T A B L I C A VIII. Józef L.

Czas badania	Krzepliwość krwi	b. c.	L.	E.	M.	T.	Tü	My	Mł.	Pał.	W.	N.
przed naświetleniem	12–18'	10,400	24%	3%	3%	1%	–%	–%	–%	9%	60%	69%
naświetlanie śledziony.												
w 4 godz.	9–14'	9.800	25	4,5	5	—	—	—	—	6	59,5	65,5
w 24 »	11–14'	10.200	20	3	6,5	—	—	—	—	8	62,5	70,5
w 48 »	9–11'	8.200	18	5	5	—	—	—	—	9	63	72
w 100 »	11–15'	10.600	27	4	3	—	—	—	1	11	54	66
w 150 »	13–16'	11.000	26	6	3	—	—	—	—	6	59	65

świetlaniu płuca zjawiło się zwiększenie obojętnochłonnych dopiero po 5-ciu godzinach, trwające do 300 godzin.

Jolly i Lacassagne, badając działanie promieni X tak na krew zwierzęcą in vivo jak i ludzką lecz in vitro, przychodzą do wniosku, iż in vitro leukocyty stawiają daleko większy opór promieniom, niż w ustroju, i że leukopenja u zwierząt naświetlanych nie może być uważaną za wyłączny wynik zniszczenia leukocytów krwi.

Poos, Viaenllo spostrzegali zwiększenie ilości leukocytów po naświetlaniach. Wolmerhauser widział po naświetlaniach wzrost ilości leukocytów, zależny, jego zdaniem, od wpływu promieni Roentgena na aparat nerwowo-naczyniowy ustroju, gdyż naświetlanie po uprzedniem zastrzyknięciu 0,0005 pilokarpiny tych zmian nie wywołało.

Vaucher, Gunsett, Sichel, Veigel obserwowali po naświetlaniach dziecka, obciążonego skazą krwotoczną, zwiększenie ilości białych i czerwonych ciałek krwi, również wzrost limfocytów i eozynofilów.

Rösler, zastrzykując dożylnie przetwory wapnia, widział wzrost krzepliwości krwi, jednocześnie spadek ilości płytek krwi, zmniejszenie limfocytów przy wzroście obojętnochłonnych.

Semerau-Siemianowski, Misiewicz i Pułjanowski notują wzrost ilości białych ciałek krwi, częściej bezpośrednio po naświetlaniu; ilość limfocytów i eozynochłonnych wzrastała, obojętnochłonnych zaś zmniejszała się. Cytowani przez nich M. Giraud, G. Giraud i Pagès, jak również Joltrain i R. Bénard notują, występującą równocześnie ze wzmożeniem krzepliwości, leukopenję.

Występująca w naszych przypadkach równoległość do zmian krzepliwości w zachowaniu się białych ciałek krwi, a szczególnie limfocytów, nie pozbawiona jest zdaniem naszem znaczenia.

Według Schmidt'a ważnym czynnikiem w powstawaniu krzepliwości krwi są lipoidy, w których produkcji pierwszorzędną rolę odgrywają limfocyty. Saelhof uważa, że zmiany krzepliwości krwi stoją w związku z destrukcją komórkową. Zdaniem Bergel'a i Resch'a mają limfocyty funkcję wydzielania lipoidów.

Mniemamy, że dalsze badania postawione na materjale laboratoryjnym dadzą miarodajną odpowiedź w tej, zdaniem naszem, ważnej sprawie.

Przechodząc do omówienia strony praktycznej, musimy zaznaczyć, iż od stosowania dawek większych (6 H nie widzieliśmy wyników lepszych aniżeli od dawek mniejszych [2 H]). Pagnier, Rawina i Solomon radzą stosować dawki większe (do 10 H) w przypadkach, gdy małe zawodzą.

Przedawkowanie według Semerau-Siemianowskiego, Misiewicza i Pułjanowskiego nie tylko wywołało fazę ujemną, lecz nie dawało po kilku dniach tej reakcji, jaką spotykano przy dawkach mniejszych.

Naświetlania dawkami małemi co 24 godziny dały nam wprawdzie w większości przypadków efekt, lecz stosunkowo niedługo trwały. Najlepsze wyniki otrzymaliśmy od kilkakrotnych naświetlań małemi dawkami co 5–7 dni.

Co do miejsca naświetlania, to na podstawie naszych spostrzeżeń wynika, iż sprawa te jest dość obojętną. Natomiast naświetlanie dłoni po uprzedniem możliwem usunięciu krwi żylnej i przerwaniu obiegu tętniczej dało wynik mniej dodatni.

Kończąc niniejszą pracę, poczuwamy się do obowiązku złożenia wyrazów wdzięczności Panu Profesorowi Szmurle i Panu Profesorowi Sowińskiemu za cenne rady i wskazówki udzielane nam łaskawie w ciągu niniejszej pracy, Panu Profesorowi Januszkiewiczowi za łaskawe zezwolenie korzystania z bibljoteki klinicznej, oraz Kolegom Ordynatorom poszczególnych oddziałów wojskowych i Kierownikowi wojskowej pracowni bakterjologicznej za pozwolenie korzystania z materjału klinicznego i pracowni.

Piśmiennictwo.

1) Pagnier, Rawina, Solomon: Rayons X et coagulation sanguine. Applications thérapeutigues. (Presse Med. 1924. Nr. 51. p. 543). — 2) H. Neuffer: Ueber Milzbestrahlung bei Hämophilie. (Münch. M. W. 1921. Nr. 2). — 3) G. Canuyt et M. Wolff: Traitement des hémorragies graves par l'irradiation: son action sur la coagulabilité du sang. (Rev. de Lar. d'otol. et Rhinol. 1924. Nr. 14. p. 461). — 4) G. Canuyt et J. Labarre: A propos de l'action hémostatique des rayons X. Etude clinique et thérapeutique. (Rev. de Lar. d'otol. et Rhinol. 1924. Nr. 20). — 5) Gunsett, Vaucher, Sichel et Veigel: Quelques Maladies rares du sang traitées par Radiothérapie de la rate. (Journ. de Radiol. et D'electrol. 1924. T. VIII. Nr. 9. Str. 421). — 6) Semerau-Siemianowski i Misiewicz: Studja nad zaburzeniami w układzie krwiotwórczym. Don. IV. (P. G. L. Nr. 11. 1923). — 7) Semerau-Siemianowski, Misiewicz i Pułjanowski: Badania nad wpływem naświetlania śledziony promieniami Roentgena na krzepliwość krwi. (Med. Doświadczalna i Społeczna 1923. T. II. Zeszyt 3-4). 8) Kowalski: ref. z XXI. Zjazdu chirurgów polskich we Lwowie. (P. G. L. 1924. Nr. 38. Str. 541). — 9) Förster: cyt. wdł. Tumidajskiego (P. G. L. 1923. Nr. 50 i 51). — 10) Heinecke: cyt. wdł. Tumidajskiego (patrz 9) i wdł. Neuffer'a (patrz 2). — 11) K. R. Mc Alpin i W. C. von Clahn: (Arch. of. Int. Med. Wol. 30. Nr. 31. 1922. Str. P. G. L. 1922. Nr. 50). — 12) Bortier: (Journ. of. the Amer. Med. Associat. Nr. 14. 1922. — Str. P. G. L. 1922. Nr. 28). — 13) Musante: (La Riforma Medica. 1922. Nr. 49. — str. P. G. L. 1923. Nr. 20). — 14) Schmidt: (Zur Biologie der Lipoide. 1922. — Str. P. G. L. 1923. Nr. 4). — 15) Rösler: (Wien. Arch. f. In. Med. B. II. H. 2. — Str. P. G. L. 1922. Nr. 1). — 16) J. Jolly et A. Lacassagne: (Str. Journal de Radiol. et D'electrol. 1924. T. VIII. Nr. 2.). — 17) Viaenllo: (Str. Jour. de Radiol. et D'electr. 1924. T. VIII. Nr. 2). — 18) O. Wohlmerhauser: (Str. Journ. de Rad. et D'electr. 1924. T. VIII. Nr. 4). — 19) F. Poos: (Str. Journ. de Rad. et D'electr. 1924. T. VIII. Nr. 3). — 20) Sahli: Lehrbuch der kl. Unt. Meth. 1920. B. II. II. I.). — 21) Naegeli: Blutkrankheit und Blutdiagn. 1923. — 22) Kraus und Brugsch: Specielle Pathologie und Therapie Innerer Krankheiten. B. VIII. 1920. — 23) Schilling: Das Blutbild und seine klinische Verwertung. 1924. — 24) Szczepański: Podręcznik badań chemicznych, drobnowidowych i bakterjologicznych 1923.

W. SZENWIC. Warszawa.

Wartość rozpoznawcza opukiwania górnego przedniego kolca kości biodrowej w ginekologji[1]).

Z oddziału ginekologicznego Szpitala Przemienienia Pańskiego na Pradze (Warszawa).
Ordynator: Docent Dr. med. Z. Monsiorski.

Rozpoznanie różniczkowe guzów i stanów zapalnych miednicy dużej i małej napotyka częstokroć na trudności; w wielu też przypadkach dopiero po upływie pewnego czasu i po kilkakrotnem badaniu można ustalić rozpoznanie; niekiedy zaś tylko operacja lub oględziny pośmiertne wyświetlają stan rzeczy.

H. Jentter w artykule p. t. »W sprawie rozpoznania różniczkowego wysięków i guzów w miednicy[2])«, podaje nowy sposób rozpoznawania, a mianowicie opukiwanie kolca kości biodrowej.

Opukiwanie kolca daje według tego autora odgłos bębenkowy, a to dlatego, że w miednicy do talerza biodrowego przylegają jelita (z prawej strony kiszka ślepa i jelito kręte, z lewej, — jelito kręte i esica).

Jeżeli między kością miednicy a otrzewną znajduje się guz lub wysięk, to przeszkadza on falom głosowym, i w takim wypadku opukiwanie daje odgłos mniej lub więcej stłumiony; wewnątrzotrzewnowe guzy i wysięki nie wpływają na zmianę odgłosu opukiwania.

[1]) Według odczytu, wygłoszonego na Posiedzeniu Warsz. Tow. Gin. w dn. 20. XI. 1924.
[2]) Zentrallblatt für Gynäkologie Nr. 18. 1924

W celu sprawdzenia metody powyższej przeprowadzono na oddziale docenta Monsiorskiego systematycznie opukiwanie kolca biodrowego każdej niemal zgłaszającej się chorej.

W stanie normalnym narządów płciowych, podczas ciąży w różnych okresach, w przypadkach silnego zaparcia stolca, przy pełnym pęcherzu moczowym, nie stwierdzono wyraźnej różnicy odgłosu między jedną a drugą stroną.

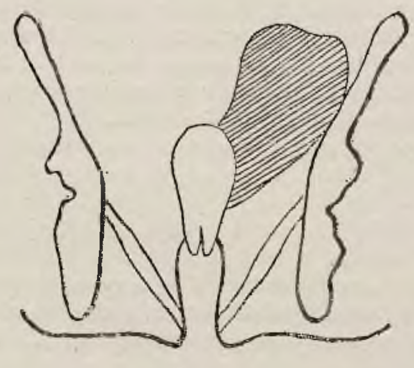
Prócz powyższych przypadków opukiwano:

20 przypadków obustronnego zapalenia przydatków, z których 12 wykazywało wybitniejsze zmiany bądź z lewej, bądź z prawej strony, przyczem przy opukiwaniu nie znajdywano różnicy odgłosu; 2 przypadki powikłane były wybitnem zapaleniem otrzewnej miednicznej, co również nie miało wpływu na odgłos.

4 przypadki jednostronnej torbieli jajnika, w tem jeden ze skręconą szypułą o 630° i powikłany 3-miesięczną ciążą;

2 przypadki podsurowiczego włókniaka, leżącego na talerzu biodrowym;

2 — wodniaka jajowodu, (rys. 1.),

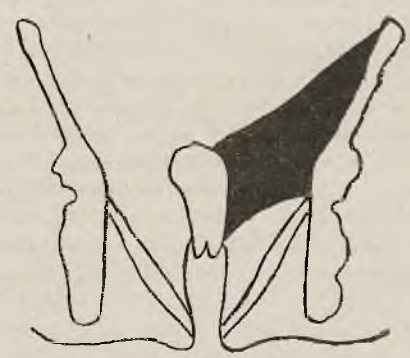


Rys. 1.
Hydrosalpinx sin.

4 — ciąży trąbkowej niepękniętej.

Wszystkie wpomniane przypadki były operowane, przyczem potwierdzone zostały wyniki Jentter'a t. zn. jako guzy wewnątrz-otrzewnowe nie wykazywały przy opukiwaniu różnicy między jedną i drugą stroną.

W 8 przypadkach wysiękowego zapalenia przymacicza po porodzie, wzgl. poronieniu (6 z lewej, a 2 z prawej strony) zauważono wybitną różnicę w odgłosie, w postaci wyraźnego stłumienia (rys. 2.).



Rys. 2.
Parametritis post partum.

2 przypadki nawrotu raka w przymaciczu po usunięciu narządów rodnych drogą brzuszną, dały również wyraźne stłumienie po stronie zajętej masą nowotworową.

W 2 przypadkach zapalenia przydatków, powikłanych zapaleniem przymacicza można było wykazać znaczne stłumienie, które, w miarę zmniejszania się wysięku, stawało się coraz mniej wyraźne. Operacje dokonane później wykazały w jednym przypadku ropniak, w drugim wodniak jajowodu.

2 przypadki ostatnie wykazują, że w zapaleniu przydatków, powikłanem wysiękiem, możemy na mocy wyniku opukiwania kolców, przypuszczalnie określić, czy wysięk wyczuwalny jest zapaleniem otrzewnej miednicznej, czy też za-

paleniem przymacicza. Odpowiednio też możemy sądzić o genezie choroby.

W 1 przypadku ciąży trąbkowej prawej, przy jednocześnie torbielowato zwyrodniałym jajniku, leżącym śródwięzadłowo tuż przy talerzu biodrowym, — wywiady i wynik badania przemawiały za ciążą trąbkową, natomiast opukiwanie wykazało wyraźne stłumienie po stronie prawej, co narazie nie było zrozumiałe. Po otwarciu jamy brzusznej znalazłem ciążę trąbkową i torbielowaty jajnik wielkości pomarańczy, leżący śródwięzadłowo (preparat pokazałem w Tow. Ginekol.).

We wszystkich wyżej wymienionych przypadkach opukiwanie kolców dało bardziej wyraźną różnicę w odgłosie, niż opukiwanie zwykłe powłok brzusznych.

Sposób opukiwania.

Jentter nie podaje sposobu, jak należy opukiwać i jaki sposób jest najlepszy. Wypróbowane zostały zatem różne sposoby: opukiwanie palcem lub młoteczkiem w palec, w pukadło, w słupek drewniany i wprost w kolec. Najbardziej dogodnem wydaje się nam opukiwanie w palec leżący na kolcu w ten sposób, że opuszka palca leży na grzbiecie kości biodrowej. Niekiedy nadmierny pokład tłuszczowy utrudnia badanie, wówczas nie można się obejść bez pomocy drugiej osoby, która naciąga skórę między dwoma palcami, tak aby przylegała ona mocno do kolca.

Naogół odróżniamy przy opukiwaniu odgłosy: jasny i stłumiony, długi i krótki, wysoki i niski, bębenkowy i niebębenkowy.

Otóż często byliśmy w kłopocie do jakiej kategorji zaliczyć słyszany odgłos.

Zdawałoby się, że odróżnić jasny odgłos od stłumionego jest rzeczą łatwą, jednak okazało się, że niema się tu do czynienia ze sprawami zupełnie wyraźnemi. W przypadkach, w których z jednej strony było w porównaniu z drugą zupełne stłumienie odgłosu, można było mieć prawie zupełną pewność, że po stronie stłumienia przymacicze wykazuje zmiany; w przypadkach zaś, w których między jedną, a drugą stroną była nieznaczna różnica odgłosu, już nie byliśmy w stanie nic pewnego powiedzieć, ponieważ w każdym nawet prawidłowym przypadku istnieje minimalna różnica odgłosu pomiędzy obiema stronami, w zależności od zawartości jelit.

W każdymbądź razie nie zgadzamy się z wynalazcą tej metody co do określenia odgłosu normalnego jako odgłos bębenkowy, bo opukiwanie kości, do której przylega jelito, daje wyraźnie inny odgłos, aniżeli opukiwanie ściany brzusznej, nazwaliśmy przeto ten odgłos normalny odgłosem jasnym.

Określenie »jasny« jest właściwie również nieścisłe: przy opukiwaniu obu stron, znajdywaliśmy często różnice, dla których określenie wysoki i niski, długi i krótki w zależności od zmian, byłoby o wiele odpowiedniejsze.

Takie dalsze różniczkowanie odgłosu, okazało się niemożliwem, ponieważ, jak zaznaczono wyżej, u jednej i tej samej pacjentki znajdywaliśmy często drobne różnice w odgłosie przy codziennem opukiwaniu, jednego dnia n. p. odgłos zdawał się krótszy z lewej strony, drugiego zaś po stronie prawej.

Tak odmienne wyniki spowodowały, że tylko wyraźna różnica była dla nas miarodajną, niewyraźne zaś różnice przypisywaliśmy odmiennej zawartości jelit po obu stronach.

W wyniku naszych badań, możemy stwierdzić, że opukiwanie górnego przedniego kolca kości biodrowej, jest środkiem rozpoznawczym pomocniczym, nie mającym zasadniczego znaczenia.

Tylko zupełnie stłumiony odgłos z jednej strony w porównaniu ze stroną drugą, przemawia za nieprawidłowością w przymaciczu: może to być zapalenie, guz śródwięzadłowy, nacieczenie masą nowotworową, krwiak, lub też zapalenie przydatków, powikłane zapaleniem przymacicza.

Im bliżej ściany miednicy dochodzi owo nacieczenie lub guz, tem wyraźniejsze będzie stłumienie.

W poszczególnych tych przypadkach sposób ten może być cennym środkiem pomocniczym w rozpoznawaniu (patrz powyżej cytowany przypadek ciąży trąbkowej i śródwięzadłowej jajnika).

Nieznaczne różnice w odgłosie nie mogą mieć wielkiego znaczenia rozpoznawczego.

Z praktyki.

Dr. Albin MUSIAŁ. Lwów.

Wytrzeszcz tętniący gałki ocznej*).

Z kliniki okulistycznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Bednarski.

Jednym z najważniejszych objawów przy zajęciu oczodołu, lub otoczenia oczodołu, to wysadzenie gałki ocznej, mniejszego lub większego stopnia. Jeśli więc stwierdzamy wysadzenie gałki ocznej, musimy szukać za przyczyną powstawania tegoż. Przyczyna taka może istnieć w samym oczodole, otoczeniu tegoż, to jest sąsiednich zatokach. Ta znów może być zapalna i to w samym oczodole lub otoczeniu, dalej wytrzeszcz mogą powodować nowotwory, zmiany naczyniowe w oczodole, zmiany w kościach czaszki, a nawet przyczyna może być ogólna.

Wytrzeszcz gałki ocznej może być:

1. Zapalny, najczęściej pochodzenia kiłowego lub gruźliczego.
2. Wskutek zakrzepu w zatokach jamistych.
3. Zapalenia otoczki Tennona.
4. Zapalenia tkanki oczodołowej.
5. Zapalenia okostnej lub ściany oczodołu.
6. Skutkiem zajęcia sąsiednich zatok oczodołu.

Pomijając omawianie pojedynczych obrazów chorobowych wytrzeszczu gałki ocznej, pozwolę sobie przedstawić i omówić przypadek wytrzeszczu gałki ocznej tętniącego, obserwowanego na naszej klinice, wytrzeszczu powstałego w następstwie pęknięcia *a. carotis interna* w zatoce jamistej lewej. Z wytrzeszczem tętniącym spotykamy się rzadko. Dość wspomnieć, że na Klinice okulistycznej od roku 1912 do obecnego czasu, z tego rodzaju sprawą chorobową spotykamy się poraz pierwszy. Mniej więcej na 100 tysięcy chorych ambulat. jeden przypadek.

Przypadek podobny widziałem będąc jeszcze studentem na klinice chirurgicznej ś. p. Prof. Rydygiera. Przypadek obecny dotyczy mężczyzny Bł. Z., 24-letniego z powiatu Skałackiego.

Anamneza w krótkości następująca:

Przed dwoma miesiącami, od czasu przyjęcia na klinikę, został pobity przez kolegów laskami po głowie. Stracił wówczas przytomność, miał wystąpić u niego krwotok z lewego ucha. Podbiegnięcia krwawe na powiekach i gałkach ocznych, połączone z obrzękiem. Trzy tygodnie po wypadku, był jeszcze niezupełnie przytomny. Rozmawiał wprawdzie z otoczeniem, lecz nie zdawał sobie zupełnie sprawy z kim właściwie rozmawiał. Po trzech tygodniach obrzęk jak i krwawe zabarwienie ustąpiły, jednak otoczenie, jak i on sam, zauważyli, że lewo oko zaczęło mu coraz więcej wysadzać na zewnątrz. Jednak najwięcej zaniepokoiło go to, że z gałki ocznej zaczęło mu wyrastać mięso na zewnątrz powiek (*chemosis fornicis inferioris*) i to dopiero zmusiło go do szukania porady lekarskiej we Lwowie.

Stan obecny: Na szczycie głowy nieco więcej po stronie prawej daje się stwierdzić blizna 2 cm długa, pozbawiona włosów. W okolicy ucha lewego, w miejscu wyrostka sutkowego kości skalistej, jak i na małżowinie usznej, również blizna. Blizny te pochodzą prawdopodobnie po zadanych ranach tępem narzędziem. Gałka oczna lewa wysadzona na jakie 4—5 milimetrów zbacza na zewnątrz i ku dołowi. Powieka górna obrzękła i opadnięta. Szpara powiekowa wąska. Spojówka gałkowa nieco nastrzykana, żyły natomiast zwłaszcza rzęskowe przednie jak i załamków... grube pokręcone. Spojówka załamka dolnego obrzękła, sterczy jako wał na zewnątrz szpary powiekowej, zgrubiała o powierzchni zeschniętej skutkiem działania czynników zewnętrznych (powietrza) nie zakryta powiekami. Ruchomość gałki ocznej znacznie upośledzona, ku dołowi, na zewnątrz i ku wewnątrz. Upośledzenie ruchomości nie jest wynikiem porażenia mięśni ocznych, lecz skutkiem chemotycznie obrzękłego i zgrubiałego załamka dolnego. Przy zamknięciu oka i patrzeniu w dół zaznacza się oko zajęcze (*lagophthalmus*). Źrenica tak bezpośrednio jak i współczulnie dobrze oddziaływuje. Bystrość wzroku oka prawego prawidłowa, oka lewego nieznacznie upośledzona Vis. ok. pr. 5/5 Vl. 5/10 (czytać nie umie). Dno oka prawego bez zmian. Oko l. Tarcza nerwu wzrokowego o gra-

*) Przypadek przedstawiony w r. 1924 w Lwowskiem Towarzystwie Lekarskiem.

nicach prawidłowych. Naczynia tętnicze siatkówki bez zmian. Żyły natomiast grube pokręcone aż do obwodu. Pole widzenia na barwy w granicach prawidłowych. Badanie na oddz. nerwowym (Prym. Dr. Domaszewicz). Porażenie obwodowe wszystkich trzech gałązek nerwu twarzowego po stronie lewej. Nadto porażenie łuku podniebiennego po tejże stronie (*glossopharyngeus*). Badanie ucha w ambulat. Prof. Zalewskiego. W uchu lewem dużo złuszczonego nabłonka, po usunięciu którego stan przedstawia się w ten sposób, jakby było kiedyś pęknięcie górnotylnej ściany, gdzie widoczny jest zaułek. Słuch bez większych zmian. Błona bębenkowa zmętniała i pofałdowana. Wobec tak charakterystycznej anamnezy u naszego chorego nie ulegało wątpliwości z czem w danym przypadku mamy do czynienia. Można było myśleć albo o krwotoku poza-gałkowym, albo o pęknięciu *a. carotis interna* w zatoce jamistej, jednak wobec tego, że oko powoli występowało ku przodowi i to nie bezpośrednio po urazie, ale dopiero później, trzeba było myśleć o pęknięciu *a. carotis interna*. W pierwszym bowiem razie wysadzenie gałki powstałoby natychmiast, a następnie wskutek wsysania krwi przyszłoby do cofnięcia wytrzeszczu gałki ocznej, co w naszym przypadku nie miało miejsca. Z innych objawów przemawiających za pęknięciem *a. carotis* to tętnienie samej gałki ocznej zwłaszcza przy ucisku palcami, przyczem gałka dawała się cofnąć. Najważniejszy objaw to szum, który i sam chory odczuwa, a daje się łatwo stwierdzić osłuchiwaniem okolicy oka. U naszego chorego szum ten doskonale słyszalny nie tylko w okolicy oka, ale prawie na całej głowie, osłuchując zwłaszcza słuchawką. Szum ten powstaje wskutek wydostawania się krwi do zatoki jamistej, przez pękniętą ścianę naczynia, równoczesny ze skurczem serca. Przy ucisku na *a. carotis com.* szum ten natychmiast niknie co i sam chory w tej chwili odczuwa. Jeszcze parę słów dla wyjaśnienia, dlaczego mimo zajęcia wszystkich gałązek nerwu twarzowego nie mieliśmy wyraźnego *lagophthalmus*. Przedewszystkiem dlatego, że mieliśmy znaczne wysadzenie gałki ocznej i obrzęk powieki co też spowodowało opadnięcie tejże. Natomiast przy patrzeniu w dół równocześnie uciskając *a. carotis com. lagophthalmus* wyraźnie się zaznaczał. Nie ulega wątpliwości, że urazem, który spowodował pęknięcie kości skalistej a raczej podstawy czaszki, był uraz zadany w wyrostek sutkowy lewy. (Badanie Roent. *fissura ossis petrosi*).

Przy wytrzeszczu tętniącym należy uwzględnić trzy rodzaje:

1. Wytrzeszcz urazowy.
2. » samoistny.
3. » pozornie tętniący. (Tętnienie udzielone).

Przyczyny pierwszego to urazy wszelkiego rodzaju zadane bezpośrednio w głowę, dalej przy upadku z wysokości, podnoszeniu ciężarów (Zentmayer). Może wystąpić albo natychmiast po urazie albo nawet po kilku miesiącach od wypadku. Hirszberg obserwował w pół roku po załamaniu podstawy czaszki. Bull nawet po roku. Co do wytrzeszczu samoistnego, to ten częściej występuje u kobiet, niż u mężczyzn (praca fizyczna). Przyczyny powstawania wytrzeszczu samoistnego mogą być różne. Najczęściej miażdżyca naczyń, u kobiet znaczny wpływ posiada ciąża, poród, połóg. U dzieci znane wypadki przy kokluszu. Może powstać przy parciu na stolec (przypadek Mariani'ego), wymiotach (Eisen) a nawet przy gwałtownem kichaniu.

Pozorne tętnienie gałki ocznej zdarza się przy guzach pozagałkowych silnie unaczynionych, wreszcie guzach śródczaszkowych przechodzących do oczodołu, wówczas tętnienie udzielone z mózgu (przypadek Denicheri 1908).

Co do postępowania leczniczego przy wytrzeszczu gałki ocznej tętniącym, to może być ono albo zachowawcze, albo operacyjne. Przy zachowawczem należy wstrzykiwać wedle Lameraux, Beauvais, Paulesco, Santos, Fernandez 2% serum żelatyny, dochodząc do kilkudziesięciu wstrzyknięć w przeciągu kilku miesięcy. Sposobem tym czasem udaje się uzyskać wyleczenie. Nadto leczenie uciskowe *a. carotis com.* czyto ręką, czy specjalnie do tego celu służącemi uciskadłami, co jednak wymaga bardzo długiego czasu i najczęściej zawodzi. Pozostaje jedynie zabieg operacyjny. Podwiązanie *a. carotis com.* lub *interna* jedno a nawet obustronne gdy po podwiązaniu po jednej stronie objawy się nadal utrzymują. W przypadkach, gdzie żyły załamków są grube, silnie przekrwione radzą Szymanowski, Dollinger, Sattler, Swalbach równoczesne podwiązanie żyły ocznej i to głęboko w oczodole. Dokładne zebranie przypadków wytrzeszczu tętniącego pochodzenia urazowego jak i samoistnego zawdzięczamy Sattlerowi. Liczba przypadków zebranych przez Sattlera aż do najnowszych czasów wynosi ponad 452. Z przypadków tych 91% pochodzenia urazowego i samoistnego, a tylko 9% przypadków tętnienie było udzielone bądźto od nowotworu unaczynionego bądź to od przepukliny mózgowej. Wedle Sattlera ilość przypadków urazowych do samoistnych ma się jak 3 : 1. Przeciętny wiek w przypadkach pochodzenia urazowego wynosił $28\frac{1}{2}$ w samoistnych 44 lat. Samoistny wytrzeszcz gałki ocznej tętniący częściej spotyka się u kobiet 87%, gdy przy urazowych ilość kobiet wynosiła $29\frac{1}{2}$%. Urazowy częściej na obu oczach (20%) samoistny natomiast rzadziej (poniżej 10%). Najczęstsza przyczyna urazowego wytrzeszczu to załamanie podstawy czaszki, $\frac{3}{4}$ przypadków, potem idą rany postrzałowe w okolicę *a. carotis inter.* wreszcie uderzenie tępem narzędziem w głowę. Wskutek urazu przychodzi do zranienia *carotis interna* w zatoce jamistej, czy to przez oderwany wyrostek klinowaty tylny, albo odprysk blaszki wewnętrznej w zatoce jamistej. Objawy mogą wystąpić bezpośrednio po urazie lub nawet po kilku miesiącach.

Wystąpienie bardzo późne, po kilku miesiącach, tłomaczymy sobie w ten sposób, że ściana naczynia później została naddarta ocierając się o odprysk kostny powstały w chwili urazu, a czemu z drugiej strony sprzyja samo zagięcie naczynia w kanale kostnym. W przypadkach wytrzeszczu tętniącego gałki ocznej przed zabiegiem operacyjnym, należy zawsze próbować leczenia zachowawczego. Na 283 przypadków zebranych przez Sattler'a, w których stosowano leczenie uciskowe w 12 uzyskano wynik zadowalający, w 22 poprawę, reszta bez poprawy. Podwiązanie *a. carotis* należy stosować w tych przypadkach, w których przy ucisku na *a. carotis communis* nie występują groźniejsze objawy mózgowe, w razie przeciwnym operacja przeciwskazana. W każdym jednak razie należy stosować leczenie początkowo uciskowe przez dłuższy czas, dla wytworzenia ubocznego krążenia, wówczas i wynik operacyjny znacznie pewniejszy. Przy podwiązaniu lepsze wyniki utrzymuje się podwiązując *a. carotis interna*, 67% wyleczeń, gdy przy *a. carotis com.* tylko 46%. Pewne różnice zachodzą co do wyników pooperacyjnych w przypadkach urazowych a samoistnych. W pierwszym razie 30% nawrotów, gdy przy samoistnych tylko 11%.

W przypadkach gdzie jednostronne podwiązanie nie dało pomyślnego wyniku, należy wykonać podwiązanie po stronie przeciwnej, jednak nie wcześniej, jak po upływie kilku miesięcy od pierwszej operacji. Co do śmiertelności po podwiązaniu *a. carotis* to wedle statystyki Sattler'a wynosi 18,75%. Że z operacją nie należy się śpieszyć, jak słusznie podnosi Sattler, to potwierdza i nasz obecny przypadek, który zgłosił się powtórnie do nas po sześciu miesiącach.

Stan obecny po sześciu miesiącach od pobytu na klinice w krótkości następujący:

Powieki oka lewego bez obrzęku. Powieka górna przy zamykaniu pozostaje w górze (*lagophthalmus*). Szpara powiekowa znacznie szersza niż na oku prawem. Gałka oczna wysadzona na 4 mil. (*Exophthalmometrem* oko prawe 12 mil., oko lewe 16 mil.). Żyły spojówki gałkowej grube, pokręcone; tak samo natwardówkowe. Żyły załamka dolnego i górnego również grube, pokręcone tworzą wałowate wyniosłości. Przedni odcinek gałki ocznej prawidłowy. Dno oka, bystrość wzroku, jak i pole widzenia prawidłowe.

Charakterystyczny szum dla pęknięcia *a. car. int.* w zatoce jamistej nadal w okolicy oka, jak i na głowie, dobrze słyszalny. Obecnie widzimy więc zmniejszenie objawów zapal., które uwydatnia się brakiem obrzęku powiek, tem wyraźniej natomiast uwydatnia się *lagophthalmus*, przedtem lekko tylko zaznaczony, nadto ustąpienie wałowatego obrzęku załamka dolnego, co przedtem powodowało unieruchomienie gałki ocznej. Ruchy gałki ocznej obecnie prawidłowe. Powstał jednak najważniejszy objaw wytrzeszczu i szum, co też zmusiło chorego w dalszym ciągu do szukania porady lekarskiej prosząc o wykonanie zabiegu operacyjnego. Operacji dokonano 21. X. na oddz. chirurg. (Prof. Ostrowski). W znieczuleniu miejscowem podwiązano *a. carotis communis*. Rana zagojona rychłozrostem. Ze względu na porażenie nerwu twarzowego, niedomykalność powieki górnej, wykonano na klinice siedm dni później zwężenie szpary powiekowej od zewnątrz (*tarsorrhaphia angularis externa*), na przestrzeni dwóch milimetrów. Wyniki pooperacyjne zadowalające do tego stopnia, że nie można zauważyć jakichkolwiek różnic między jednem okiem a drugiem. (patrz zdjęcie z przed sześciu miesięcy Nr. 1. i Nr. 2) po operacji. Szum zupełnie ustąpił, chory również go nie odczuwa.

Zabiegu tego pod względem technicznym niezbyt trudnego nie można jednak uważać za zabieg zupełnie niewinny, jakto niżej zobaczymy. Dnia 11-tego po operacji kiedy chory

zadowolony miał opuścić klinikę, nagle w nocy dostał ataku w następstwie którego wystąpiło porażenie połowicze prawostronne z utratą mowy. W czasie ataku chory blady, oblany zimnym potem, nieprzytomny, źrenice *ad maximum* rozszerzone na światło nie oddziaływują. Po pięciogodzinnem trwaniu objawy ustąpiły zupełnie, tak że rano mimo zakazu chory wstał i czuł się zupełnie dobrze. Jednak była to poprawa tylko chwilowa, gdyż już po dwóch dniach wieczorem nastąpił ponowny atak w którym nastąpiło prawostronne porażenie podobnie jak pierwszy raz — utrata mowy.



Badanie neurologiczne: Porażenie wszystkich trzech gałązek VII po stronie lewej. Szpara powiekowa prawa niezupełnie domykalna, porażenie dolnego twarzowego, po prawej język zbacza na prawo. Hemiplegia z zachowanemi odruchami bez hipertonji: całkowita bezwładność kończyny górnej prawej, w kończynie dolnej prawej nieznaczna siła motoryczna w obrębie zginaczy uda. Babiński +. Odruchy brzuszne po prawej zniesione. Aphasia motoryczna: Chory rozumie wszystko co się do niego mówi.

Chory pozostawał przez przeszło trzy tygodnie w leczeniu kliniki, poczem chorego na żądanie rodziny wypisano do domu jednak bez poprawy.

Z wystąpieniem tego rodzaju powikłań po podwiązaniu *a. carotis com.* należy się zawsze liczyć, jak widzimy z naszego przypadku. Co więc było bezpośrednio przyczyną wystąpienia objawów porażennych u naszego chorego? Podwiązanie samo przez się *arteria com.* nie mogło nam wywołać tych objawów, gdyż od wystąpienia wytrzeszczu upłynęło przeszło pół roku był więc czas na wytworzenie krążenia ubocznego. Podwiązanie mogło być tylko czynnikiem pośrednim. W następstwie podwiązania przyszło do zastoju powyżej, wytwarzania zakrzepu przyściennego, do oderwania tegoż w następstwie krążenia ubocznego prawdopodobnie z drugiej strony przez *circulus arteriosus Villisii* i zaczopowania w lewej półkuli mózgowej, stąd afazja i prawostronne porażenie. Obecnie w trzy miesiące od czasu operacji stan się nieco poprawił (doniesienie z otoczenia chorego) mianowicie o tyle, że chory sam może chodzić, mowa nieco się poprawiła, pozostał jednak niedowład kończyny górnej.

Dr. Maksymiljan BLASSBERG. Kraków.

O leczeniu angiolymphą.

W N-rze 13-tym »Polskiej Gazety Lekarskiej« z b. r. ogłosili Koledzy Węgrzynowski i Wysocki pod powyższym tytułem wnioski ze swoich spostrzeżeń nad angiolymphą, przestrzegając przed bezkrytycznem jej stosowaniem. Lek ten zacząłem stosować w praktyce prywatnej, zachęcony do tego gorąco przez kol. Malika z Radymna, który używa angiolymphy od pierwszego jej ukazania z dobrym skutkiem, przyczem stosuje na raz po 2 fjolki (= 4 cm³), codziennie odrazu. Reakcji nie stwierdził. Obserwował on między innemi przypadek gruźlicy krtani, stwierdzony a raczej potwierdzony przez lwowską Klinikę Jana Kazimierza — który doprowadził *ad integrum*. Zastosowałem ten lek początkowo w dwóch przypadkach rozpaczliwych. W jednym rozpoznanie brzmiało: *Infiltratio apicis dextri pulm.* z gorączką ciągłą, wahającą się między 37,4 a 38,5 oraz z miejscową gruźlicą jamy ustnej, głównie dziąseł i podniebienia twardego. W tutejszej Klinice prof. Lenartowicza rozpoznanie potwierdzono i zastosowano przyżeganie miejscowe kwasem mlekowym, które jednak pozostało bez skutku dodatniego. Zastosowanie angiolymphy nie wywołało reakcji gorączkowej, ale natomiast w ciągu 6-ciu tygodni znakomitą, postępującą poprawę zmian w jamie ustnej, tak, że żucie pokarmów przestało być dla chorego męczarnią, a równocześnie poprawił się znacznie apetyt i stan ogólny. W drugim podobnym przypadku z rozpoznaniem: *Infiltratio apicis dextri, tbc. columnae vertebrarum, tbc. ileo-coecalis* wystąpiła wprawdzie czasowa bardzo nieznaczna reakcja gorączkowa, ale równocześnie zatrzymanie się i wybitna postępująca poprawa gruźlicy kiszek i objektywne wykazalne znikanie nacieków lokalnych a nadto znakomita poprawa apetytu i stanu ogólnego.

Powyższe spostrzeżenia nie przeczą zupełnie słusznemu postulatowi Kolegów Węgrzynowskiego i Wysockiego, aby angiolymphy bezkrytycznie nie stosować. Nie można też na razie na pewno twierdzić, czy tylko *post* czy *propter hoc* wystąpiła poprawa. Jednak jeżeli przypadki takie jak powyższe oraz spostrzeżenia Praschil'a i Walkowskiego należą choćby tylko do wspomnianego przez Kolegów Węgrzynowskiego i Wysockiego odsetku przypadków poprawy stanu chorobowego, to sądzę, że ciężki stan chorego i jego męki powinny nami kierować, aby w podobnych stanach, bez bezkrytycznego entuzjazmu, ale i bez uprzedzenia i pesymizmu leku tego przynajmniej spróbować, a to tembardziej, że dobrze opracowanych i krytycznych klinicznych obserwacyj jest dotychczas niewiele ogłoszonych a inne leczenie często zawodzi.

Dr. Włodzimierz MARTINIEC. Komarów Lub.

O leczeniu angiolymphą.

Parę lat t. na rynku farmaceutycznym zjawił się nowy preparat francuski Angiolympha dra Rous, reklamowany jako środek swoisty przeciw gruźlicy we wszystkich jej postaciach. W roku 1922 w prasie zagranicznej (Wiener Klin. Wochenschrift, Progrés medical) ogłoszono referaty Frisch'a, Barbiér'a i innych, o pomyślnych wynikach leczenia tym środkiem. Ponieważ od czasu do czasu w piśmiennictwie naszem spotykam również publikacje o skutecznem działaniu angiolymphy, podaję wyniki swych badań, przeprowadzonych w ciągu przeszło 2 lat praktyki prywatnej na 30-tu chorych. Z tej liczby przypada 6 na gruźlicę chirurgiczną, mianowicie: 1 gruźlicę stawu skokowego, 2 łokciowego, 1 mostka, 2 stawu kolanowego, 3 na zapalenie opon mózgowych u dzieci w wieku od 3—13 lat, 3 na gruźlicę gruczołów szyjnych i 17 na gruźlicę płuc w najrozmaitszych okresach. Chorzy wszyscy gorączkują.

W czasie kuracji angiolymphą, unikałem zawsze stosowania innych środków, które cieszyły się opinją »specyficznych« lub »działających dobrze« n. p. tuberculiny i jej pochodnych, hetolu, krysolganu, surowic i t. d. a to w celu uniknięcia mylnego tłumaczenia.

Najkrótsza obserwacja trwała 3 tygodnie, najdłuższa zaś 2 lata i 2 mieś.

Wyniki otrzymałem następujące:

I. Gruźlica chirurgiczna:

a) We wszystkich wypadkach po wstrzyknięciu podniesienie ciepłoty z 37,6° (średnio) do 38,4°,
b) utrata apetytu w 3 przypadkach,
c) nasilenie objawów ogniskowych w 5 przypadkach,
d) bez zmiany po leczeniu 1,
e) pogorszenie ogólnego stanu zdrowia 5.

Część chorych po kuracji poddała się zabiegom operacyjnym z wynikiem pomyślnym.

II. Zapalenie opon mózgowych gruźlicze *(meningitis basilaris)*.

Z 3 przypadków w dwóch stosowałem wstrzyknięcie do kanału kręgowego. Wpływu na chorobę nie zauważyłem najmniejszego. Chorych straciłem.

III. W 17-tu przypadkach gruźlicy płuc zanotowałem:
Podniesienie ogólnej ciepłoty ciała w 12-tu przyp.
Utratę apetytu w 10-ciu.
Nasilenie objawów ogniskowych w 8-miu.
Utratę na wadze w 14-tu.
Zwiększenie się ilości plwociny w 9-ciu.
Ogólne pogorszenie w 15-tu.
Exitus letalis w 12-tu.

IV. W jednym przypadku *tuberculosis disseminata* śmierć nastąpiła, mimo przeszło 60 injekcyj.

Angiolympha stanowczo nie jest środkiem obojętnym, gdyż powoduje bardzo często podniesienie ciepłoty ciała, wpływa częstokroć ujemnie na apetyt i ogólny stan zdrowia. (Część moich chorych która przed leczeniem była jeszcze na nogach — po leczeniu była zmuszona przebywać w łóżku).

Hipoteza że Angiolympha działa »na podłoże« dla prątków — niczem nie jest uzasadniona.

O szybkiem działaniu, jak zresztą całkiem słusznie zaznaczają Dr. L. Węgrzynowski i Dr. J. Wysocki, na stan ogólny w kierunku polepszenia (raczej odwrotnie) jako też na objawy ogniskowe niema mowy.

Angiolympha jest bardzo droga.

Sprawozdania i korespondencje.

Dr. Roman ZAGÓRSKI, dyrektor Zakładu. Kobierzyn.

O Zakładzie dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie.

(Zarys rozwoju Zakładu po koniec roku 1924).

Wspaniały Zakład Kobierzyński, zbudowany znacznym nakładem pieniężnym przez Galicyjski Wydział Krajowy leży w odległości 9 km od Krakowa na płaskowzgórzu, z którego roztacza się ładny widok: ku północy na Kraków, kopiec Kościuszki i Bielany, ku południowi na Beskidy z Babią Górą. Zakład posiada 104 morgi ziemi, z których 86 otacza na znacznej większości obwodu druciane ogrodzenie siatkowe, zamykając w ten sposób ściślejszy teren Zakładu. Na wielkiej tej przestrzeni rozrzucono w harmonijnym układzie 50 pięknych budynków, zbudowanych według planów biura budowlanego Wydziału Krajowego z inżynierem Władysławem Klimczakiem na czele. Wewnętrzne urządzenia budynków komfortowe, a w części szpitalnej wzorowe pod względem psychjatrycznym.

Osobliwość Zakładu stanowią bardzo rozległe, skomplikowane i różnorodne urządzenia mechaniczne i elektryczne, których nagromadzenie w takiej ilości i różnorodności na jednym terenie stanowi pewnego rodzaju unikat

Zakład obliczony jest na 550 łóżek dla chorych z możnością rozszerzenia się po wybudowaniu 8 dalszych pawilonów dla chorych do 800 łóżek etatowych.

Budowa Zakładu była już w roku 1914 na ukończeniu, kiedy wybuch wojny światowej uniemożliwił jego otwarcie. W listopadzie 1914 roku grozi Zakładowi zrównanie z ziemią, wojska bowiem rosyjskie zbliżają się do Krakowa, Zakład zaś, jako położony wśród fortów zasłania twierdzy pole obstrzału. Na szczęście przychodzi tylko do wysadzenia w powietrze złóż oksydacyjnych oczyszczalni biologicznej ścieków. Ocalony od zagłady Zakład zajmuje wojskowość i używa go do swych celów. Odbija się to dotkliwie na budynkach Zakładu i jego urządzeniach, które jednak Wydział Krajowy, uzyskawszy kwotę odszkodowawczą, stara się doprowadzić do pierwotnego stanu, a budowę Zakładu wykończyć. W styczniu 1918 roku zostaje wreszcie Zakład otwarty, a to przy pomocy wojskowości, która umieszcza w nim swoich chorych, a w zamian daje do dyspozycji oddział sanitarny niezbędny z powodu braku własnej służby. Na terenie Zakładu działają niezależnie od Dyrekcji, kierownictwo budowy i kierownictwo urządzeń mechanicznych do września 1919 roku oraz kierownictwo budowy bitych dróg w Zakładzie do wiosny 1920 roku.

W kilka miesięcy po otwarciu Zakładu ustępuje główny jego twórca i pierwszy Dyrektor Dr. Jan Mazurkiewicz. Kierownictwo Zakładu obejmuje prymarjusz Dr. Jan Nelken, który jednak już w czerwcu 1919 roku rezygnuje ze swego stanowiska wraz z jedynym lekarzem oddziałowym Drem Ignacym Fuhrmanem. 1 lipca 1919 roku obejmuje kierownictwo Zakładu Dr. Roman Zagórski. W tym czasie prowadzi agendy Zarządu Zakładu trzeci z kolei zarządca.

Z dniem 1 września 1919 roku przechodzi Zakład pod zarząd Ministerstwa Zdrowia Publicznego w Warszawie, w dniu zaś 1 stycznia 1924 roku pod zarząd Tymczasowego Wydziału Samorządowego we Lwowie.

Piąty rok wojny światowej nie jest odpowiednią chwilą do organizowania tak skomplikowanego mechanizmu, jakim jest Zakład psychjatryczny. W latach następnych rozprzężenie ogólne jeszcze się wzmaga, więcej jednak ważą od początku na szali anormalne stosunki natury lokalnej, które nietylko w roku 1918 i 1919, ale także w roku 1921, 1922, a nawet na początku 1924 r. wywołują ciężkie i długotrwałe wstrząśnienia biegu życia zakładowego. Dopiero od wiosny 1924 roku zaczyna się konsolidacja stosunków w Zakładzie a wraz z nią możliwość spokojnej pracy.

Stan Zakładu przedstawia się w drugiej połowie 1919 roku w najogólniejszych zarysach następująco:

Mimo zlikwidowania się kierownictwa budowy Zakładu i kierownictwa urządzeń mechanicznych nie jest Zakład jeszcze wykończony. Z pośród 15 pawilonów dla chorych, 4 są niezdatne do użytku i potrzebują jeszcze znacznych wkładów pieniężnych. Kaplica nie jest jeszcze ostatecznie wykończona. Oczyszczalnia biologiczna ścieków nie pełni swego zadania z powodu nieodbudowania złóż oksydacyjnych. Sieci telefonicznej wewnątrz zakładowej niema. Kanał przechodowy, ciągnący się na przestrzeni 2 km pod ziemią, zagrożony częściowo zawaleniem się. Urządzenia mechaniczne i elektryczne prawie bez wyjątku w stanie złym. Zakład nie przeszedł nadto przez próbę czasu; trzeba się z góry liczyć z możliwością niespodzianek, których istotnie życie nie szczędzi w następnych latach.

Teren Zakładu jest, poza młodocianym laskiem iglastym (7 morgów) i poza młodemi słabo się przyjmującemi drzewami alejowemi wzdłuż główniejszych bitych dróg Zakładu, prawie zupełną pustką. Plan zadrzewienia, wypracowany przez agronoma Zakładu Chojkowskiego, jest szematyczny i istnieje na razie tylko na papierze. Obmyślenie szczegółów i wykonanie planu trzeba z natury rzeczy rozłożyć na szereg lat; przedewszystkiem trzeba rozległy teren Zakładu, który jest przeważnie rumowiskiem gruzów po budowie oczyścić, splantować i rozbudować na nim sieć ścieżek.

W lipcu 1919 roku na 250 chorych niema ani jednego lekarza oddziałowego. Na 8 oddziałach 4 siostry zakonne i 4 osoby świeckie, jako starsze pielęgniarki, wszystkie prawie bez dostatecznego wyszkolenia psychjatrycznego. Kilkanaście osób własnej niższej służby pielęgniarskiej (kobiet i mężczyzn) jest materjałem zupełnie surowym. Liczny zastęp sanitarjuszów wojskowych o organizacji służbowej i dyscyplinie swoistej, nieprzystosowanej do potrzeb Zakładu, jest ciałem obcem, tkwiącem w jego organiźmie. Składa się on w ogromnej większości z żywiołów niechętnych i niemających żadnych kwalifikacyj na pielęgniarzy Zakładu psychjatrycznego; ciągłe wśród nich zmiany personalne jeszcze pogarszają stan rzeczy.

Kąpiele przedłużone nie są jeszcze zdatne do należytej eksploatacji. 8 łóżek siatkowych. Kaftany przymusowe.

Organizacja pracy chorych z natury rzeczy jest w okresie początkowym. Teatr Zakładowy jest jeszcze nieurządzony, scena bez rekwizytów i dekoracyj.

Z pracowni naukowych histologiczna jest wyposażona w przyrządy, ale brak mikrotomów. Gazownia, obsługująca pracownie jest niewykończona. Bibljoteka lekarska liczy tomów 33, bibljoteka dla chorych tomów 325.

W dziedzinie administracji i gospodarstwa Zakładowego jest zupełne rozprzężenie i chaos. Autorytet Dyrektora jest pozorny. Na ważnych posterunkach są przeważnie nieodpowiedni ludzie. Niema prawie ani jednego działu z tego zakresu, któregoby nie potrzeba porządkować i organizować od podstaw. Nadto okazuje się, że Zarząd nie prowadzi od dawna korespondencji, co do konduity osób przyjętych do służby, wskutek czego wśród personalu jest wiele osób o przeszłości niepewnej lub wprost kryminalnej. W maju 1919 roku zachodzi włamanie do Kasy Zakładu, w następnych miesiącach pomniejsze włamania do warstatów i na oddziałach. W listopadzie 1919 roku jest kilka napadów dezerterów wojskowych, ukrywających się na terenie Zakładu, na mieszkania służby kuchennej i na oddziały ze służbą żeńską. Na oddziałach ginie masowo bielizna i pościel. Inwentarze oddziałowe niezgodne są z oddziałowemi księgami inwentarzowemi, te znów niezgodne z takiemiż księgami w magazynie głównym. Inwentaryzacja mebli zakładowych jest nieścisła. Wielka ilość mebli rozpożyczona jest między funkcjonarjuszami, którzy nie posiadają własnych, przyczem nie można polegać na zapiskach magazynu głównego. Funkcjonarjusze wymieniają meble między sobą, lub zabierają je z opuszczonych mieszkań, z których Zarząd ich nie zabiera. Magazynu technicznego niema. Materjały techniczne są niezinwentaryzowane i rozrzucone w ogromnych ilościach po wszystkich placach, podwórzach, strychach i piwnicach Zakładu (samo ich zwiezienie i segregacja zabrały później 2 miesiące czasu). Magazyn rzeczy chorych jest w skrajnym nieporządku: wypisywani z Zakładu chorzy dostają często rzeczy nieswoje, lub nawet wcale ich nie dostają.

Pola i ogród Zakładu są w stanie zupełnego zapuszczenia i zachwaszczenia; zasadzony w roku 1918 sad o 2.000 drzew owocowych zagrożony zdziczeniem z powodu braku dostatecznej obsługi. Folwarkiem zarządza nie agronom, ale inspicjent, na czem cierpi hodowla inwentarza składającego się z 9 koni, 6 wołów, 8 krów i około 100 sztuk nierogacizny, której niema czem

---

Opis Zakładu zawarty jest w pracy prof. Mazurkiewicza „*O opiece nad umysłowo chorymi w Galicji i o nowym Zakładzie krajowym w Kobierzynie*“ Przegląd lekarski 1912 Nr. 51.

żywić. Rzeźnia zakładowa funkcjonuje źle. Mięsa niema gdzie w porze ciepłej przechowywać, gdyż chłodni mechanicznej Zakładu nie można uruchomić z powodu braku części składowych, których długo niepodobna wydostać z Czechosłowacji, eksploatacja tej chłodni okazuje się później zbyt kosztowną.

Kancelarja Zarządu wyposażona jest za szczupło w siły urzędnicze. Najwytrawniejsi urzędnicy są chronicznie chorzy i nieurzędują miesiącami. Mnóstwo jest zaległości. Urzędowanie roi się od spraw, jeszcze z czasów budowy, z których każda jest zagmatwana i wymaga osobnych studjów; studjów tych niema komu powierzyć. Ustawicznie napływają nowe sprawy wynikłe z nieporządku i rozprzężenia.

Stosunki komunikacyjne Zakładu są opłakane; połączenia tramwajowego lub kolejowego z miastem niema; gościńce są popsute; środki komunikacyjne Zakładu nie są w żadnej proporcji do jego potrzeb. Tor przemysłowy Zakładu jest w stanie złym.

Obrazu tego dopełniają trudności aprowizacyjne i opałowe, z powodu których Zakład w listopadzie 1919 roku omało nie zostaje zamknięty.

Wobec powyżej opisanego stanu Zakładu nie może być oczywiście mowy o szybkiem jego uporządkowaniu, zorganizowaniu i podniesieniu na właściwy poziom. Potrzeba na to lat pracy, prowadzonej wśród ciągłej i uporczywej walki z przeciwnościami, które piętrzą się chwilami w sposób beznadziejny.

Przedewszystkiem należy:

1) uzyskać odpowiednie fundusze,

2) dobrać stosownych ludzi; tymczasem o jedno i drugie jest właśnie najtrudniej.

Ad 1. Budżetem, który stanowi punkt wyjścia preliminowania wydatków, jest budżet z czasów Gal. Wydziału Krajowego ułożony bardzo oszczędnie i nieliczący się z koniecznością bardzo poważnych wkładów pieniężnych, jakich potrzeba na wykończenie Zakładu i gruntowny remont jego urządzeń. Rozbudowa budżetu dokonywa się mozolnie wśród ciągłych skreśleń ze strony Ministerstwa Skarbu; niweluje ją zresztą z okładem nieustanna dewaluacja. Wprost rozpaczliwie układają się stosunki w drugiej połowie roku 1922 i w roku 1923. Dopiero rok 1924, rok stabilizacji waluty, zmienia zasadniczo sytuację; to też dopiero ten rok pozwala rozwinąć pełną inicjatywę i realizować nie wykonane dotąd zamierzenia.

Ad 2. Dyrektor Zakładu jest w lipcu 1919 roku jedynym lekarzem Zakładu, po koniec roku 1921 prowadzi sam po 2 lub 3 oddziały, mając pod swą bezpośrednią opieką po 150 i więcej chorych. Po koniec roku 1921 całkowicie, a po koniec roku 1923 w znacznej jeszcze części skupiają się w jego ręku bezpośrednio wszystkie prawie agendy zarządu i gospodarstwa Zakładu.

O lekarzy długi czas było trudno; po koniec niemal roku 1919 pracuje w Zakładzie 1 lekarz oddziałowy (Dr. Antonina Tołłoczkówna), w roku 1920 dwóch lekarzy (Dr. Tołłoczkówna i Dr. Władysław Sochacki), w roku 1921, trzech (Dr. Tołłoczkówna, Dr. Sochacki i Dr. Anna Gruszecka), z których jednak na jesieni ustępują prawie jednocześnie Dr. Sochacki i Dr. Gruszecka, wskutek czego Zakład o przeszło 700 chorych pozostaje z jednym lekarzem oddziałowym.

W krytycznej sytuacji ratuje Zakład Ministerstwo Zdrowia Publicznego, delegując po jednym lekarzu z Kulparkowa i z Tworek (Dr. Bronisława Neufeldówna i Dr. Wacław Janowski). Dopiero u schyłku roku 1921 przybywają dwaj nowi lekarze Dr. Władysław Issajewicz i Dr. Eugenjusz Wilczkowski, poczem delegowani lekarze wracają na swe stanowiska w macierzystych Zakładach.

W ciągu roku 1922 ubywa znowu dwóch lekarzy (Dr. Tołłoczkówna i Dr. Wilczkowski) przybywa jednak w maju Dr. Władysław Stryjeński, we wrześniu Dr. Feliks Czarniecki, w listopadzie Dr. Juljusz Morawski i Dr. Wera Morawska. W roku 1923 na wiosnę ubywa Dr. Wera Morawska, od kwietnia 1924 roku przybywa Dr. Władysław Stawarz. Uwzględniając częste i długotrwałe choroby personelu lekarskiego oraz urlopy wypoczynkowe, nie pracuje przeciętnie więcej, jak jeden lekarz oddziałowy w roku 1919, dwóch w roku 1920, trzech w roku 1921, trzech do czterech w r. 1922, trzech do czterech w r. 1923, czterech w r. 1924, przyczem wypada w przecięciu na jednego lekarza do 200 chorych przy napływie chorych, dochodzącym do 800 na rok.

Jeszcze trudniej układają się stosunki w dziale administracyjno-gospodarczym Zakładu. Od roku 1919 3-krotnie zmienia się obsada stanowiska zarządcy Zakładu i dopiero na wiosnę 1924 roku obejmuje Zarząd stosowny kandydat p. Karol Kopjasz i zostaje wkrótce mianowany stałym zarządcą (licząc od początku roku 1918, jest to szósty z kolei zarządca). W składzie personalnym kancelarji Zarządu dokonują się liczne zmiany, dopiero jednak u schyłku roku 1924 stale znacznie za szczupły stan liczbowy personalu poczyna odpowiadać istotnym potrzebom. Na znaczne trudności natrafia dobór właściwych ludzi na bardziej podporządkowane stanowiska w Zarządzie Zakładu; to też szuka się i tutaj często i długo właściwych kandydatów.

Najlepiej i najwcześniej układają się stosunki w zakresie działu technicznego. Prowadzi go od października 1919 roku zasłużony dla Zakładu inżynier Aleksander Boczkowski, ustępuje jednak w maju 1921 roku. Od roku 1922 wchodzi w życie doradcostwo techniczne: doradca dla działu budowlanego i doradca dla działu urządzeń mechanicznych. Doradcami technicznymi są kolejno: inż. Haempel, inż. Heitzman, prof. Akademji górniczej inż. Chromiński, radca Tymczasowego Wydziału Samorządowego inż. Kamieniobrodzki. Dwa podziały działu technicznego prowadzą od roku 1920 mechanik-instalator Bolesław Gośliński i elektro-mechanik Stefan Czaplicki; nadto mechanik-szofer Zygmunt Gośliński prowadzi dział samochodów. Wszyscy trzej właściwi ludzie na właściwych stanowiskach. Bolesław Gośliński oddaje nadto znaczne usługi Zakładowi, pełniąc dodatkowo funkcje inspicjenta technicznego.

Prawie do schyłku roku 1921 utrzymuje się dwutypowość służby pielęgniarskiej i to na obu ich szczeblach. Usiłowania oparcia organizacji służby pielęgniarskiej o świeckie starsze pielęgniarki okazują się daremnemi. Doświadczenia porobione z tym typem służby, wypadają w ogromnej większości ujemnie, w miarę zaś coraz trudniejszej wskutek nadmiernego przepełnienia Zakładu pracy na oddziałach i coraz większych wymagań, stawianych starszemu personelowi pielęgniarskiemu, stają się ciągłe zmiany wśród tego personelu czynnikiem rozprzęgającym organizację szpitala. Wobec tego prowadzenie jednego tylko typu starszych pielęgniarek, a to Sióst zakonnych, jako elementu bardziej karnego i obowiązkowego, okazuje się w stosunkach Kobierzyńskich jedynem racjonalnem wyjściem z sytuacji; dobór jednak i wyrobienie odpowiednich Siòstr dokonywa się oczywiście tylko powoli i stopniowo. Wszystkie Siostry zakonne Zakładu należą do Zgromadzenia Siòstr Służebniczek w Dębicy.

T A B E L A

ruchu niższej służby pielęgniarskiej od roku 1918 do roku 1924.

Rok	pozostało z roku ubiegłego			przybyło			ubyło			pozostało na rok następny		
	mężczyzn	kobiet	razem	mężczyzn	kobiet	razem	mężczyzn	kobiet	razem	mężczyzn	kobiet	razem
1918	—	—	—	8	24	32	4	15	19	4	9	13
1919	4	9	13	20	61	81	12	41	53	13	29	41
1920	12	29	41	25	101	126	26	89	115	11	41	52
1921	11	41	52	35	65	100	16	28	44	30	78	108
1922	30	78	108	25	57	82	20	59	79	35	76	111
1923	35	76	111	51	93	144	53	94	147	33	75	108
1924	33	75	108	76	78	154	66	77	143	43	76	119

Likwidacja zupełnie nieodpowiedniej wojskowej służby pielęgniarskiej natrafia długo na znaczne trudności, wskutek niemożności pozyskania w krótkim czasie odpowiedniej ilości własnej służby pielęgniarskiej. To też dokonywa się ona stopniowo i dopiero u schyłku roku 1921 dokonuje się całkowicie. Ale także własny materjał służbowy jest z natury rzeczy tylko materjałem surowym. Wyrabianie zeń służby pielęgniarskiej dokonywa się tylko stopniowo i wśród znacznych trudności, wynikających z zasadniczej nieprzydatności znacznej większości tego materjału do zawodu pielęgniarskiego. Rzuca na sprawy te światło tabela ruchu tej kategorji służby od roku 1918 po koniec r. 1924.

Od roku 1921 zasila się dopływ nowego materjału pielęgniarskiego materjałem kandydatów z pod b. zaboru pruskiego, zwłaszcza zaś od czasu redukcji zakładów i służby pielęgniarskiej na Pomorzu, materjał ten jednak służbowy tylko w części spełnia pokładane w nim nadzieje. Wychowanie zresztą własnej służby pielęgniarskiej nie jest zagadnieniem, dającem się rozwiązać w ciągu paru lat; praca ta jest w toku, a rezultaty aczkolwiek jeszcze niezupełne są już niewątpliwe.

W znacznej mierze jest dla pracy tej stracony rok 1922.

Rok ten jest rokiem fermentów wśród służby pielęgniarskiej organizowanych z zewnątrz. Na czoło ruchu wysuwają się przeważnie żywioły wichrzycielskie, niepoczuwające się często do obowiązku a żądające rozszerzenia praw; delegacja służby usiłuje współrządzić w Zakładzie. Ujęcie w karby tego ruchu i wyprowadzenie go na właściwe tory daje się osiągnąć dopiero u schyłku 1922 roku.

W lutym roku 1923 rozpoczyna się systematyczne kształcenie służby pielęgniarskiej, na dwu równoległych kursach pielęgniarskich, prowadzonych przez Dyrektora Zakładu. Zakres kursu: Ogólne pielęgniarstwo w najkonieczniejszym skrócie za wyjątkiem szeroko rozwiniętego działu chorób zakaźnych i zasad dezynfekcji, oraz szczegółowo traktowane pielęgniarstwo psychjatryczne, a to pod kątem dążeń postawienia Zakładu na poziomie wzorowego współczesnego Zakładu psychjatrycznego. Nauka na obu kursach trwa do końca czerwca roku 1924. System nauczania: Dyktowanie wykładów i szczegółowe egzaminowanie z wyłożonego materjału wszystkich po kolei uczestników kursów. Na kurs dla starszego personelu pielęgniarskiego uczęszcza osób 19 (prawie wyłącznie Siostry zakonne), na kurs dla niższego personelu pielęgniarskiego osób 16. Do egzaminu końcowego w dniu 3 lipca 1924 roku przystępuje Sióstr 12, osób niższego personelu 8 z pomyślnym bez wyjątku wynikiem egzaminu. Od stycznia 1924 roku po koniec kwietnia roku 1924 prowadzi p. Aleksandra Zagórska (żona Dyrektora Zakładu) 3 kursy dla personelu zakładowego, w tem także dla personelu pielęgniarskiego, a to kurs dla analfabetów, kurs dokształcający i kurs ogrodnictwa. W 3 tych kursach bierze udział ogółem osób 60.

Oprócz tego w roku 1923 i 1924 odbywają się dla służby odczyty z pokazami świetlnemi z zakresu historji i literatury polskiej oraz geografji ziem polskich.

Do trudności zdobycia odpowiednich funduszów i znalezienia stosownych ludzi dołącza się od roku 1920 zło największe, t. j. przepełnienie Zakładu. Przy końcu roku 1920 liczy Zakład 598 chorych na 432 łóżkach etatowych (względnie po doliczeniu zaimprowizowanych w tym roku 10 łóżek oddziału kolonjalnego na folwarku na 442 łóżkach). Stan łóżek etatowych utrzymuje się na tej wysokości do lipca 1924 roku z powodu braku bowiem dostatecznych kredytów nie można wykończyć i oddać do użytku 4 niegotowych jeszcze pawilonów dla chorych. Tymczasem w roku 1921 mieści Zakład dziennie przeciętnie 650 chorych (najwyższy stan chorych wynosi w tym roku 706), w roku 1922 — 613 (najwyższy stan 661), w roku 1923 — 609 (najwyższy stan 661) w roku 1924 przepełnienie wzmaga się tak gwałtownie, że rok ten zamyka się stanem chorych 815 na 492 łóżkach etatowych.

Przypływ roczny chorych wyraża się następującemi liczbami:

w roku 1918	przyjęto	527	chorych
„ 1919	„	579	„
„ 1920	„	726	„
„ 1921	„	798	„
„ 1922	„	790	„
„ 1923	„	764	„
„ 1924	„	826	„

Ogólna ilość chorych leczonych w ciągu roku wynosi:

w roku 1918	527	chorych
„ 1919	824	„
„ 1920	1.094	„
„ 1921	1.396	„
„ 1922	1.400	„
„ 1923	1.397	„
„ 1924	1.412	„

Ilość roczna przyjęć w stosunku do stanu chorych w dniu 1 stycznia każdego roku stanowi:

w roku 1919	235%
„ 1920	200
„ 1921	133
„ 1922	129
„ 1923	121
„ 1924	141

W stosunku do ilości czynnych łóżek etatowych wynosi obłożenie Zakładu chorymi:

w roku 1920	przeciętnie 135 %	maksymalnie	138 %
„ 1921	„ 147	„	157
„ 1922	„ 138,6	„	149,5
„ 1923	„ 137,8	„	149,5
„ 1924	„ 165,6	„	175

Tak znaczny przypływ chorych i, wynikające zeń niepomierne przepełnienie Zakładu, tłumaczy się tem, że Zakład Kobierzyński obsługuje połać kraju o prawie 4 i 1/2 miljonach mieszkańców (Zachodnia Małopolska i Województwo Kieleckie), podczas gdy n. p. niespełna 4 miljony ludności liczące razem Województwa: Pomorskie, Poznańskie i Śląskie obsługuje 7 wielkich Zakładów psychjatrycznych. Odgrywa tu nadto rolę i ta okoliczność, że większość chorych Zakładu pochodzi z Małopolski, której gminy przynależności nie ponoszą kosztów leczenia za ubogich chorych, wskutek czego gminy te zupełnie przeciwnie, aniżeli n. p. w b. Kongresówce, starają się jak najrychlej chorych oddać do Zakładu i bronią się przed odebraniem ich z powrotem.

Przepełnienie Zakładu byłoby zresztą jeszcze o wiele większe, gdyby nie zaistniała była, dzięki akcji Ministerstwa Zdrowia Publicznego, możność przenoszenia nadmiaru chorych do Zakładów Pomorskich i Poznańskich, do których ogółem przewiezione z Kobierzyna w roku 1922 i 1923 chorych 387. Niepomierne przepełnienie Zakładu w roku 1924 pochodzi stąd, że w roku tym z powodu przejścia Zakładu pod Zarząd Tymczasowego Wydziału Samorządowego i długotrwałych pertraktacyj o nową umowę ze Starostwem Krajowem Poznańskiem wysyłka chorych do Zakładów Poznańskich nie doszła w ciągu roku do skutku.

Jeżeli przepełnienie stanowi poważną komplikację dla każdego Zakładu psychjatrycznego, to przepełnienie chroniczne, dochodzące do tego stopnia, że Zakład mieści o 75% więcej chorych, aniżeli ma łóżek etatowych, staje się ciężką chorobą, toczącą organizm Zakładu, zwłaszcza, gdy chodzi o Zakład taki, jak Kobierzyński, a więc Zakład młody, kształtujący się dopiero, walczący na każdym kroku z poważnemi trudnościami, o nielicznych siłach lekarskich i wyrabiającym się personelu pielęgniarskim. Przepełnienie takie staje się źródłem ciągłego podniecania się chorych, utrudnia w wysokim stopniu pracę lekarzy i personelu pielęgniarskiego, który w anormalnych warunkach pracy zniechęca się i ustępuje, powiększa wreszcie niepomiernie szanse zawleczenia się do Zakładu chorób zakaźnych, walkę zaś z niemi czyni szczególnie trudną i mało skuteczną.

Taką chorobą zakaźną, która stworzyła dalsze powikłania życia zakładowego stała się czerwonka. Pierwsze przypadki tej choroby stwierdzono w Zakładzie w lipcu 1919 roku. Już dla pierwszego z nich uruchomiono pawilon zakaźny, który odtąd stale jest czynny, przyjęto bowiem od początku zasadę, aby uzdrowieńcy, jako niebezpieczni dla otoczenia z powodu roznoszenia zarazków, przebywali w nim przez przeciąg przynajmniej 6 miesięcy. Mimo tych zarządzeń i starannego przestrzegania zasad odkażania, zapada w Zakładzie na czerwonkę w 1919 roku 19 chorych, w 1920 roku 29 chorych, w 1921 roku szczególniejszego nasilenia czerwonki w kraju i największego po rok 1924 przepełnienia Zakładu 78 chorych, w 1922 roku 27 chorych, w 1923 roku 34 chorych, w 1924 roku 22 chorych (nadto przybyło w tym roku z czerwonką do Zakładu 4 chorych). Mimo przeprowadzania w każdym przypadku kilkakrotnych nieraz badań kału w pracowniach krakowskich, nie zdołano dotąd wykryć rodzaju zarazka chorobotwórczego. Natomiast dodatkowe wywiady, podejmowane od roku 1920, wykazują, że wśród świeżo przyjętych zdarzali się chorzy, którzy niedawno przebyli czerwonkę, o czem w świadectwach lekarskich nie było wzmianki. Dotyczyło to przedewszystkiem oddawanych do Zakładu w roku 1920 żołnierzy. Dalsze badania, przeprowadzone w latach następnych, które przy pomocy Zakładu Epidemjologicznego w Krakowie, zwłaszcza w roku 1923, rozwinięto na wielką skalę, nie zdołały jednak wykryć zarazków, mimo, że przebadano serjowo, następnie zaś osobniczo kał wszystkich chorych i całej służby pielęgniarskiej. Wobec tego wprowadzono w roku 1923 także badanie krwi na odczyn zlepny. Badania te dały niespodziewany wynik: zarówno u chorych świeżo przybyłych, jak i u dawniejszych chorych Zakładu, okazał się w około 10 procentach odczyn zlepny dodatnim bądź na prątek Fleksnera, bądź Schiga-Krusego, bądź na Y. Spostrzeganie kliniczne wykazało, że istotnie w kilku przypadkach chorzy, którzy przybyli do Zakładu z odczynem zlepnym dodatnim, zapadli wkrótce na czerwonkę, przez uzupełnienie zaś wywiadów udało się ustalić, że na kilka miesięcy przed przybyciem do Zakładu, przebyli oni już tę chorobę.

Wobec tego przyjąć należało, że czerwonka zakładowa u tych chorych była tylko nawrotem czerwonki poprzednio przebytej, i że chorzy ci byli roznosicielami zarazków, gdyż na oddziałach, na których przebywali, wytworzyły się bezzwłocznie małe ogniska endemiczne (2 do 3 zachorowań), które za każdym razem po przeprowadzeniu gruntownego odkażenia całego oddziału powiodło się stłumić. Na wiosnę w roku 1924 endemja czerwonki wygasła w Zakładzie i dopiero w lipcu pojawiła się znowu i to wyłącznie prawie na oddziałach infirmeryjnych. Ponowne badania w Zakładzie Epidemjologicznym krakowskim nie dały jednak co do odczynu zlepnego wyników zgodnych z rokiem 1923. Wobec tego przystąpiono do szczepień ochronnych szczepionką przeciwczerwonkową wielowartościową, które są w toku, co nie pozwala jeszcze ocenić ich zapobiegawczej skuteczności.

Oprócz wszystkich powyższych trudności niejako wewnątrz zakładowych niemałą rolę odegrały trudności wynikłe stąd, że Zakład, przeszedłszy w roku 1919 pod zarząd państwowy, dostał się automatycznie w wir zarządzeń o charakterze ogólnopaństwowym, rozwiązujących szematycznie szereg spraw dla życia zakładowego ważnych, a nierzadko zupełnie niedostosowanych do odrębności Zakładu, jako organizmu o specjalnym charakterze. Zwłaszcza objęcie Zakładu nową rachunkowością państwową stworzyło w latach 1922 i 1923 istne koło błędne, uniemożliwiając racjonalną gospodarkę i rozwój zakładu. Dok. nast.

Przegląd piśmiennictwa.

Revue de la Tuberculose.

Nr. 3. 1924.

Dumarest i Brette. **Przepuklina śródpiersiowa w przebiegu odmy sztucznej.** W przebiegu leczenia odmą sztuczną może powstawać powikłanie w postaci prawdziwej przepukliny śródpiersiowej. Na ekranie przedstawia się ona w postaci linji ciemnej, okrągłej, skierowanej wklęsłością ku śródpiersiu, tworząc rodzaj kieszeni. Roentgen pozwala na określenie przepukliny, jako rozciągnięcia przedniej części worka opłucnowego po stronie chorej; wskutek wprowadzonego gazu worek opłucnowy zostaje przepchnięty na stronę zdrową. Powikłanie to nie jest rzadkie. Na 17 przypadków odmy sztucznej autorzy mieli 3 przypadki przepukliny, czyli 17.6%; na 18 przypadków odmy, leczonych w Sanatorjum autorzy mieli 5 przypadków przepukliny śródpiersiowej czyli 27.7%. Przypadki autorów spostrzegane były u osobników młodych. Wszystkie przypadki autorzy widzieli w przebiegu odmy lewostronnej. Przepuklina powstaje wcześnie, gdy odma jest zaledwie wytworzoną. Rozmiary przepukliny były rozmaite, czasami b. duże, wysokość nie przewyższała 2—3 żeber. Ciśnienie wewnątrzopłucnowe we wszystkich przypadkach równało się 0. Objętość przepukliny zmienia się wraz z oddechem, przy wydechu zwiększa się, przy wdechu zmniejsza się; różnica dochodzi do 1—2 centymetrów. Przy przepuklinach widzimy pewne przemieszczenie serca, śródpiersia; przy małych przepuklinach tego nie widać; przepukliny powstają i przy odmie doskonałej i przy odmie częściowej. U jednego chorego wystąpiła silna duszność, czterech pozostałych nie miało żadnych dolegliwości oddechowych; odma była utrzymywana przy ciśnieniu ± 0. Badanie fizykalne nie wykrywa tego powikłania. Czasami tylko przy dużej przepuklinie w przypadkach odmy lewostronnej — po stronie prawej można było stwierdzić oddech dzbanowy, szmery metaliczne, objaw monety. Przypomina to przeniesienie szmerów ze strony chorej na zdrową przy odmie sztucznej, gdy ucisk jest niedostateczny; przy zwiększaniu ciśnienia szmery te znikają; przy przepuklinie szmery te są pochodzenia opłucnowego, a nie płucnego; nie są one przenoszone, lecz powstają na miejscu: wzmożone ciśnienie zwiększa te szmery oddechowe. Powstawanie przepuklin tłómaczy Nitch w sposób następujący. Śródpiersie posiada dwa punkty słabe: jeden w części dolnej i tylnej, drugi z przodu na wysokości trzech żeber. Powstawanie przepukliny śródpiersia dowodzi istnienia punktu słabego przedniego górnego. Objaw Grocco dowodzi istnienia punktu dolnego tylnego. Przepuklina powstaje wskutek rozciągnięcia opłucnej przez gaz. Na wysokości pierwszych trzech-czterech żeber górnych obie opłucne stykają się prawie ze sobą na linji środkowej. Śródpiersie w tem miejscu posiada tylko luźną tkankę. Gdy opłucna rozciąga się i gdy pewne ciśnienie gazu jest osiągnięte, worek opłucnowy może być w tem miejscu przesunięty poza linję środkową. Mechanizm ten jest wrażliwy u ludzi młodych, jak to bywa przy objawie Grocco, gdy tkanki są jeszcze elastyczne, gdy żadne zapalenie poprzednie nie spowodowało zgrubienia opłucnej. Nie wyjaśniono dotychczas, dla czego spotykamy przepuklinę przy odmie lewostronnej. Przy stwierdzeniu przepukliny należy unikać ciśnienia dodatkowego; gdyż może ono zwiększyć przepuklinę i przesunąć śródpiersie; przepuklina znikała przy wytworzeniu ciśnienia ujemnego. Jednocześnie zjawiał się ponownie kaszel, plwociny i szmery oddechowe. Leczenie przepukliny śródpiersiowej polega na wypuszczeniu gazu i osiągnięciu ciśnienia ujemnego.

Ciśnienie w każdym przypadku odmy sztucznej musi być stosowane indywidualnie, co jest najtrudniejsze w leczeniu; należy jaknajczęściej posługiwać się Roentgenem. Powodzenie metody Forlaniniego zależne jest od stosowania jej przez ręce doświadczone i pewne; każdy inny sposób prowadzi do dyskredytowania tej nadzwyczajnej metody.

Olmer i Crémieux. **Obecność lasecznikòw Koch'a w płynie dwunastnicowym, otrzymywanym za pomocą zgłębnika.** Możliwość wydalania lasecznikòw gruźliczych za pomocą dróg żółciowych jest oddawna ustalona dzięki badaniom nad bydłem rogatem i świńmi. Calmette i Guerin pierwsi dowiedli faktu wydalania lasecznikòw gruźliczych przez drogi żółciowe. Doświadczenia dowodzą, że laseczník, zastrzyknięty do żyły, może być znajdywany w żółci. Doświadczenia robione z choremi zwierzętami są jeszcze bardziej przekonywujące. Znajdywano w żółci wołu i świni — laseczniki Kocha. Lydja Rabinowicz wykryła laseczniki w pęcherzykach żółciowych chorego bydła u 12 sztuk na 17.

Dane powyższe zezwalają na wyprowadzenie wniosku, że laseczník gruźliczy może być wydzielany przez żółć w każdym przypadku gruźlicy. Wydalanie samoistne może być przemijające; może być ono wywołane dawką kalomelu, środkami żółciopędnemi i przeczyszczającemi, tuberkuliną. Czasami wydalanie jest nader obfite.

W kale chorych ludzi i zwierząt już dawno wykryto laseczniki kwasoodporne. Znajduje się je u ludzi nie tylko z gruźlicą otwartą płuc, którzy połykają plwocinę, lecz i u chorych z gruźlicą prosówkową i gruźlicą zamkniętą płucną. Obecnie te laseczniki kwasoodporne uważane są za prawdziwe laseczniki Koch'a. Alexander nie znalazł ani razu lasecznikòw kwasoodpornych w kale 129 nie gruźlików. Na 72 chorych z gruźlicą zamkniętą znalazł je u 52 chorych. Venot i Moreau u 35 chorych z rozmaitemi cierpieniami nie znaleźli nigdy lasecznikòw kwasoodpornych w kale. U 42 chorych z gruźlicą otwartą i u 15 chorych na gruźlicę, nie plujących, znajdywali je zawsze. Poszukiwanie wydzielania lasecznikòw gruźliczych u człowieka za pomocą zgłębnikowania dwunastnicy stosowane było po raz pierwszy w r. 1921 przez Carnot'a i Libert'a. Myślę, że należy poszukiwać lasecznikòw gruźliczych w płynie dwunastnicowym w celu rozpoznawczym.

Autorzy badali u swych chorych treść dwunastnicową naczczo; chorzy łatwo połykali sondę Einhorn'a; ilość czasu potrzebnego na przejście sondy do dwunastnicy wynosiła u chorych od $1/2$ godziny do 5 godzin, Autorzy otrzymywali treść dwunastnicową bez wstrzykiwania środków żółciopędnych. Wygląd treści dwunastnicowej był różny; od żółtego przeźroczystego koloru »*chartreuse*« do prawdziwej zupy grochowej, gęstej, zielonawej. Laseczniki Kocha były poszukiwane w preparatach barwionych osadu odwirowanego oraz za pomocą szczepień podskórnych.

Na 10 chorych — w pięciu przypadkach szczepienia świnkom morskim dały wynik dodatni; z tych 5 przypadków tylko 2 miało w plwocinie prątki Kocha. Z 10 przypadków autorów — 2 miało w plwocinie laseczniki Kocha, a 7 nie pluło. Badania autorów doprowadziły do następujących wniosków:

1) Wyniki kilku badań u danego chorego, robionych w odstępach dwumiesięcznych — były zawsze takie same;

2) na 16 badań w jednym tylko przypadku wykryto laseczniki Kocha bezpośrednio w osadzie;

3) szczepienie wypadło dodatnio w jednym przypadku choroby Vaquez'a;

4) w dwóch przypadkach gruźlicy szczepienie wypadło ujemnie.

Naogół badania autorów zgadzają się z badaniami poprzedników i wykazują u niektórych chorych obecność lasecznikòw Kocha w treści dwunastnicowej. Autorzy tłómaczą ich obecność w dwunastnicy w ten sposób. U pewnej liczby chorych powstają one wskutek połykania zakażonej plwociny. U chorych z gruźlicą zamkniętą powstają wskutek wydzielania za pomocą soku trzustkowego a głównie żółci. Wydzielanie za pomocą żółci jest skutkiem obecności lasecznikòw we krwi. Zdaniem Calmett'a laseczniki gruźlicze znajdują się częściej w krwi, niż myślano dotychczas.

Gdy ilość laseczników we krwi jest bardzo znaczna może powstawać generalizacja gruźlicza lub umiejscowienie w kilku narządach. Gdy jest ich niewiele, zostają one z ustroju wydalone zwykłemi drogami wydzielniczemi. Możliwem jest również, że uszkodzenie wątroby jest momentem sprzyjającym wydzielaniu laseczników przez żółć, jak to stwierdzono u zwierząt.

Fakt znajdywania laseczników w treści dwunastnicowej, niezależnie od sposobów jakiemi się laseczniki tam dostają, ma znaczenie rozpoznawcze dla chorych nie plujących, gdyż może przyczynić się do rozpoznania gruźlicy w przypadkach wątpliwych. *A. Tenenbaum* (Łódź).

Bratislavské Lekarske Listy.
zesz. 3. 1924.

Prof. Dr. V. Reinsberg. **O znaczeniu dermatologji dla ogólnej praktyki lekarskiej.**

Dr. Antoni Fabian. **O wartości serodjagnostycznej reakcji Meinickego.** Na 1571 badanych przypadków znalazł zgodność z seroreakcją Wassermanna w 96·94% przypadków. Na 3,06% wyników odmiennych:

2,1% BWR dodatni, Meinicke ujemny. 0·7% BWR ujemny, Meinicke zaznaczony. 0·26% BWR ujemny, Meinicke zaznaczony.

Na tej podstawie zaleca reakcję Meinickego w praktyce codziennej.

Dr. Wiktor Sedlak. **Wahania reakcji Bordet-Wassermanna podczas leczenia przeciwkiłowego.** SRW. waha się bardzo często w czasie leczenia specyficznego. Najważniejsze są nagłe zmiany reakcji ujemnej w dodatnią, co się zdarza we wszystkich okresach chorobowych.

Podczas leczenia poronnego przy ujemnej SRW. zdarzają się wahania dodatnie albo w 5—7 tygodni po infekcji (w przypadkach, które dostały się do leczenia w 4—5 tygodniu), albo w 2—3 tygodniu (w przypadkach które dostały się do leczenia w 2 tygodniu po infekcji). Te wczesne wahania świadczą o niezwykłej jadowitości krętka bladego. Na 47 przypadków, 20 okazało dodatnie wahanie w czasie leczenia poronnego i w tych razach leczenie poronne jest niewystarczające. Takie same znaczenie ma dodatnia reakcja w płynie mózgowo-rdzeniowym.

W 37 przypadkach wrzodu pierwotnego przy dodatniej SRW. tylko w trzech wypadkach było wahanie ujemne w czasie pierwszego, względnie po pierwszem leczeniu. We wszystkich innych przypadkach następowało w miarę leczenia powolne przejście reakcji dodatniej w ujemną.

W przypadkach kiły II. i III. rzędnej w 18 na 31 były wahania. W jednym przypadku, podczas czterech leczeń była reakcja ujemna, po rocznej kontroli udzielono zezwolenia na małżeństwo, a miesiąc potem u obu małżonków SRW zupełnie dodatni.

Wniosek: SRW nie można uważać za jedynie miarodajną w stawianiu rokowania przy kile.

Dr. Richard Prazak. **Hodowle gonokoków na pożywkach z wyciągami ludzkich, zwierzęcych i roślinnych tkanek wedle Giscarda.**

Dr. Frant. Salsa. **Leczenie maściami Andriol-bizmutowemi i Andriol-uranowemi.**

Adolf Meska. **O polskim Neosolutanie.** Między szeregiem preparatów Novarsenobenzolowych użyto w 400 przypadkach Neosolutan Zgierz w dawkach od 0·15—0·9, zarówno u chorych klinicznych jak i ambulatoryjnych. W żadnym przypadku nie zauważono jakichś szkodliwych następstw, tak. że preparat uważa za polecenia godny. Autor zwraca uwagę na stosunkowo niską cenę preparatu, która czyni go dostępniejszym nawet dla ludzi ubogich. *Bohinówna* (Lwów).

The Journal of the Am. Med. Assoc.
T. 81. Nr. 1. 1924.

F. Underhill. **Wpływ soli przeczyszczających przy odwodnieniu ustroju.** Autor doświadczalnie nie podawał psom żywności i wody w ciągu 7—9 dni, co powodowało odwodnienie ustroju. Zagęszczenie krwi autor określał w miarę zwiększenia się w niej zawartości Hb. Następnie wlewał psom zapomocą zgłębnika żołądkowego *Kal.* i *Natr tartaric*, *Natr. sulf.*, *Magn. sulf.* i okazało się, że podanie soli w żadnym przypadku nie wzmogło koncentracji krwi, a w niektórych przypadkach nawet obniżyło ją, co wyraźnie przemawia za tem, że doświadczalnie wywołane zagęszczenie krwi nie zależy od utraty wody do światła przewodu pokarmowego, a raczej nawet spostrzegano zjawisko odwrotne, że woda mianowicie z przewodu pokarmowego przesiąkała wraz z solami do krwi. Z najrozmaitszych przeczyszczających soli, tylko sole magnezu okazywały trujące działanie już po kilku minutach po przedostaniu się do krwi. W doświadczeniach kontrolnych autor pozbawiał psów tylko strawy, nie odmawiając podawania wody. W tych przypadkach nie notowano wystąpienia zagęszczenia krwi a następowe wprowadzenie *Magn. sulf.* nie okazywało objawów toksycznych; bezpośrednią przyczyną zatrucia w tych przypadkach było wyłącznie odwodnienie ustroju, co upoważnia autora do bardzo ostrożnego stosowania *Magn. sulf.* w przebiegu schorzeń, w których ma się podejrzenie w kierunku wzmożonej koncentracji krwi. Autor przytacza zdanie Meltzer'a i Lucasa, którzy przestrzegają wogóle przed niebezpieczeństwem stosowania wspomnianych soli w schorzeniach nerek.

Nr. 5.

A. Elwyn. **Zapalenie płuc pooperacyjne.** Statystyczne dane autora co do częstości występowania zapalenia płuc po przebytych operacjach wykazują, że po zastosowaniu znieczulenia ogólnego stwierdził je w 3% na 1734 wykonanych operacyj i tylko w 2,7% na 399 operacyj, dokonanych w znieczuleniu miejscowem. Autor twierdzi, że zapalenie płuc wywiązuje się zwykle dopiero na trzeci dzień i zazwyczaj po przebytych operacjach przewodu pokarmowego lub przepuklin, dalej woreczka żółciowego i pęcherza moczowego. Po operacjach ginekologicznych i na kończynach zapalenie płuc jest rzeczą rzadką. W przebiegu wspomnianych zabiegów często przychodzi na drodze odruchowej do zwężenia oskrzelików, do niedodmy i zapadnięcie się pęcherzyków przeważnie w dolnych płatach płuc. W tych przyp. roentgenologicznie daje się stwierdzić przemieszczenie serca w kierunku zapadniętego płuca, dalej uniesienie się przepony do góry a objawowo stwierdza się osłabiony oddech oraz przytłumienie wypuku. Zapalenie płuc rozwija się wtórnie w przypadkach istniejącego przed operacją zapalenia oskrzeli z których zakażenie z łatwością przejść może na odcinek dotknięty niedomogą. Również wystąpić ono może w następstwie zużycia za dużych ilości środków znieczulających. Autor sądzi, że zapalenie zachłystowe występuje li tylko przypadkowo i jest zresztą rzeczą rzadką.

Nr. 6.

Ruska Randolt. **Wywody anatomiczne w przypadkach naśladujących gruźlicę płuc.** Autor w 7 przypadkach z objawami klinicznemi gruźlicy płuc stwierdził na sekcji w jednym przypadku pierwotną sprawę rakową obydwóch płuc z rozległemi przerzutami w innych narządach, w drugim przypadku zapalenie wrzodziejące trzech zastawek serca wraz z zaczopowaniem dolnej gałęzi tętnicy płucnej i następowym zawałem rozległym w płacie dolnym płuca prawego; w dwóch dalszych przypadkach — daleko posuniętą pylicę płuc; w piątym przypadku — przerzuty rakowe w płucach z pierwotnego raka włóknistego żołądka, nie przejawiające się klinicznie; w szóstym przypadku — pierwotny śródbłoniak opłucnej, przechodzący na osierdzie i płuco lewe oraz przerzuty do płuca prawego, śledziony, nadnerczy, wątroby; w siódmym przypadku — autor stwierdził mięsaka wrzecionowatego obu płuc z przerzutami na opłucnej. Ciekawem jest w danym przypadku, że nowotwór ten powstał po upływie 11 lat po przebytej amputacji podudzia z powodu mięsaka. Wspomniany przypadek sekcyjny antor uważa za sprawę samoistną, gdyż zwykły okres dla nawrotów wynosi według ogólnie przyjętych danych 2 lata.

Nr. 12.

Fr. W. Peabody i G. O. Broun. **Fagocytoza ciałek czerwonych w przebiegu niedokrewności złośliwej.** Spostrzeżenia autorów, dokonane w przypadkach niedokrewności złośliwej, stwierdzają wybitną żerność ciałek czerwonych przez komórki śródbłonkowe. Najwybitniej fagocytoza ta daje się

zauważyć w szpiku kostnym, oraz w śledzionie, w wątrobie i gruczołach. Nie rozstrzyga natomiast autor kwestji najciekawszej — w jakim stosunku pozostaje żerność ciałek czerwonych do etjologji niedokrwności.

Diehl. **Samoistne pęknięcie torebki śledziony w przebiegu wąglika.** Jestto pierwszy przypadek tego rodzaju, jak twierdzi autor, w piśmiennictwie lekarskiem. Klinicznie u chorego stwierdzono wąglika na szyi, który operacyjnie nacięto na 4-ty dzień choroby. Dnia następnego po przebytej operacji wyhodowano z krwi gronkowca żółtego. Badanie kliniczne stwierdzało bolesność lewej okolicy podżebrza. 7-go dnia choroby bolesność tej okolicy nadzwyczaj wzmogła się a wkrótce potem po upływie 4-ch godzin chory zmarł. Sekcja wykazała dwukrotne powiększenie śledziony a w dolnym jej biegunie podłużne pęknięcie torebki, nie sięgające wgłąb miąższu. Na przekroju miąższ wybitnie przekrwiony, wiotki i nadzwyczaj kruchy. Autor sądzi, że wobec braku ropni przerzutowych w narządach wewnętrznych, stwierdzone pęknięcie odnieść należy do zapalenia samego miąższu śledzionowego i jego obrzmienia. Z wyróżniających się opisów pęknięcia śledziony autor przytacza rozprawę Connors'a z r. 1921, który zebrał 12 przypadków samoistnego pęknięcia torebki śledzionowej przeważnie po przebytej zimnicy, tyfusie, jednego przypadku przy raku wrzodziejącym żołądka oraz jeden przypadek w przebiegu posocznicy. Fieber podaje przypadek pęknięcia śledziony w przebiegu grypy.

Nr. 13.

F. R. Ford. **Cholesteatoma komory III. z objawem Argyll-Robertsona obustronnym.** U mężczyzny lat 35 z objawami klinicznemi wytrzeszczu obu gałek stwierdzono na sekcji nowotwór mózgu o utkaniu, odpowiadającem perlakowi, usadowionemu w wielkiem splocie mózgu. Guz ten zajmował prawie większą jego część, co musiało powodować ucisk a w następstwie wodogłowie wewnętrzne.

Nr. 23.

J. E. Benjamin i G. S. Lachman. **Przypadek tętniaka zakażonego tętnicy pośladkowej.** Podany przypadek dotyczy kobiety lat 24 z objawami ciężkiej posocznicy ze stwierdzonemi licznemi zatorami podskórnemi, a w okolicy pośladkowej tuż pod skórą zauważono tętniak, wyraźnie tętniący, wielkości 5 : 1. Podczas nakłucia tętniaka wydobyto krew płynną, z której wyhodowano łańcuszkowca zieleniejącego. Nekroskopja w tym przypadku stwierdziła zapalenie wsierdzia złośliwe oraz liczne zawały świeższe i starsze w nerkach i śledzionie. Autorowie przypuszczają, że stwierdzony tętniak jest niewątpliwie pochodzenia zakaźnego.

W. Janusz.

Archiwum Historji i Filozofji Medycyny

T. 1. zesz. 3 i 4.

Stef. Szuman. **Definicja pojęć »choroba i zdrowie«.** Nawiązując do zreferowanego już w swoim czasie artykułu prof. Wrzoska »Określenie pojęcia choroby« godzi się wspomnieć o odmiennem określeniu pojęć choroby i zdrowia, podanem przez St. Szumana. Definicja zdaniem jego powinna podawać najbliższy rodzaj i różnicę gatunkową. Na podstawie dłuższych rozważań autor proponuje następujące określenie choroby : Choroba jest anormalnym stanem organizmu, polegającym na reakcji obronno-reparacyjnej tegoż organizmu wobec działań czynników zewnętrznych lub wrodzonych, wprowadzających w organizm destrukcyjne zmiany o sile naruszającej jego sprawność życiową i narażającą jego byt. Choroba jest okresem wzmożonych wysiłków organizmu wobec niezwykłego i niebezpiecznego nacisku bodźców świata.

Zdrowie według niego jest nietylko stanem normalnym organizmu w sensie dodatnim dla zadań życiowych, lecz, ponadto zdrowie jest stanem przystosowania organizmu do zadań życiowych nie tylko zwykłych i codziennych; w zdrowym organiźmie tkwi także siła potencjalna wchodząca w grę wtenczas, gdy wobec zadań nadzwyczajnych organizm winien okazać swe siły odporne.

W. Janusz (Lwów).

Zeitschr. f. klin. Medizin.

B. 101. 1—2. 1924.

Beckmann i van der Reis. **Bakterjologja i terapja zapalenia pęcherza i miedniczek nerkowych.** Ponieważ choroba ta może być przyczyną zakażenia ogólnego, zaniku lub marskości nerek leczenie powinno dążyć nietylko do usunięcia objawów klin., lecz przedewszystkiem do opanowania zakażenia, co daje się wykonać nie w sposób schematyczny, lecz przez leczenie przyczynowe. Schorzenie to trafia się częściej u kobiet zwłaszcza przy sprawach zapalnych dróg rodnych. Czynnikiem etjologicznym jest nie tylko *B. coli,* jakkolwiek to spotykamy najczęściej, ale i inne drobnoustroje jak *B. typhi, paratyphi, enteritidis, faecalis alcaligenes, staphylococcus, streptococcus, b. fluorescens, xerosis, proteus.*

Surowica chorych aglutynuje nieraz dane bakterje, co jest dowodem, że zakażenie dróg moczowych może wywoływać powstanie odp. ciał odpornościowych. Leczenie może opierać się na zmianie odczynu moczu na kwaśny przez podanie 6—9 gr. *ammonii chlorati,* gdyż wykazano, że bakterje mają optimum rozwoju w pewnej koncentracji jonów H, które zostaje zmienione przez podanie powyższego środka, zaś alkalizację da się wykonać przez podanie sody. Pozatem należy zwracać uwagę na odpowiednią dietę. Alkalizacja nie jest w stanie pokonać zakażenia, natomiast zakwaszenie moczu wystarcza nieraz do wyleczenia. Leczenie to opierające się na zmianie odczynu w środowisku zakażonem jest proste i nadaje się bardzo do rozpowszechnienia.

Klemperer i Salomon. **Wartość kliniczna nowszych metod serodiagnostycznych gruźlicy.** Oprócz aglutynacji, precypitacji itp. zastosowano w celach rozpoznawczych gruźlicy odchylenie dopełniacza, przyczem antigenem były różne ciała, jak tuberkulina, zawiesiny prątków, wyciągi z nich i t. d. Badania nowsze wykazały, że w antigenie odgrywają rolę ciała lipoidowe, dlatego też obok prątka wzgl. jego pochodnych zaczęto używać ciał nie specyficznych. Antigen Wassermanna zawiera dodatek lipoidów w postaci wyciągów z tkanek gruźliczych, zaś Besredki lipoidy z żółtka dodanego do pożywki na której hodowano prątki gruźlicze. Autorzy badali te odczyny oraz metodę Sachsa-Klopstocka polegającą na wystąpieniu kłaczków w obecności lecytyny podobnie jak w odczynie Sachsa-Georgi'ego przy kile. Wyniki porównawcze są następujące :

1) przy czynnej gruźlicy Wass. 73·2%, Besr. 89·5%, Sachs-Kl. 82·9%;

2) przypadki w których czynna gruźlica była wykluczona: Wass. 27%, Besr. 46·7%, Sachs-Kl. 35·1%.

3) w przypadkach podejrzanych o proces czynny: Wass. 57%, Besr. 75%, Sachs-Kl. 35%.

Na podstawie tych badań zgadzających się też z badaniami Rabinowitscha, Kwaśniewskiego, Jakóba i innych należy stwierdzić, że odczyny te wypadają dodatnio w dużym % przypadków nie gruźliczych i z tego powodu nie mogą mieć znaczenia rozstrzygającego w przypadkach podejrzanych.

Foldes. **Ilość ciałek czerwonych, jako wyraz zasadowości krwi w chorobach tarczycy.** Autor obserwował zjawisko, że przy zakwaszeniu ustroju *(coma diabet)* występuje zmniejszenie się ilości erytrocytów, natomiast po wstrzyknięciu roztw. sody wartości te się zwiększają. Przypuszczając, że zaburzenia te są wyrazem zmian zasadowości krwi, przeprowadził badania w hyper- i hypothyreosach, w których spotykamy wybitne zaburzenia przemiany ciał białkowych, wskutek czego zależnie od ilości amoniaku, zasadowość krwi zmniejsza się lub zwiększa. Wyniki były następujące: w hyperthyreosach ilość erytrocytów przekraczała wartości prawidłowe, podczas gdy w hypothyreosach ilości te były mniejsze. Po podaniu preparatów z tarczycy ilość ciałek czerw. wzrastała. Na podstawie tych badań przychodzi autor do wniosku, że zaburzenia czynności tarczycy pociągają za sobą zmiany zasadowości krwi, które wpływają na ilość erytrocytów, czyli, że ilość ta jest wyrazem zasadowych wartości krwi.

Maurer i Siebert. **Przemiana gazowa w chorobach nerek.** Na 20 badanych przypadków u 4 znaleziono wybitne

zwiększenie przemiany energji, przyczem autor zaznacza, że były to przypadki b. ciężkie W dalszych 14, wyniki były bądź w granicach prawidłowych bądź też nieznacznie zwiększone. Obserwacja 2 pozostałych chorych wykazała zwiększenie przemiany gazowej w okresie pogorszenia.

Na podstawie badań przychodzi autor do wniosku, że zwiększenie przemiany materji i podniesienie ciśnienia nie pozostaje w ściślejszym związku, natomiast zaburzenia te należy odnieść do zatrucia, które jest przyczyną pobudzenia ośrodków regulujących przemianę materji.

B. 100. VI. 1924

Schilling, Jossmann, Hoffmann, Rubitschung i Spek. **Zakażenie malarją paralityków; badania krwi biologiczno-kliniczne ze szczególnem uwzględnieniem działania niespecyficznego.** Objawy chorobowe zaczynają się już w dniu zaburzenia wykazując w miarę rozwoju odpowiedni ruch leukocytów. Okresu wylęgania nie można porównywać z naturalną inkubacją, gdyż po zakażeniu sztucznem można już wtedy wykryć pasorzyty w kropli grubej, co przy zimnicy naturalnej zdarza się później. Najwybitniejsze zmiany we krwi następują w czasie pierwszych napadów z dreszczami wykazując przesunięcia w hemogramie Schillinga utrzymujące się przez cały czas choroby, z chwilą zaś gdy obraz ten zbliża się do wartości przeciętnych, jest to oznaka korzystnego przebiegu leczenia. Typowy przebieg dowodzi, że u chorych tych utrzymana jest zdolność pokonania zakażenia, jak również zdolność odnowy krwi. Wszystkie objawy, które obserwujemy w obrazie krwi zimnicy, dowodzą działanie niespecyficznego tego zakażenia gdyż spotykamy te same 3 okresy, które widzimy również i w innych procesach zakaźnych:

1) fazę neutrofilną,
2) fazę monocytów,
3) fazę limfocytów i eozynofilów.

Każdy napad zimnicy wykazuje te zmiany, jak również cały proces chorobowy, w którym z początku mamy neutrofilję, przy rozpoczęciu leczenia. monocytozę, zaś u ozdrowieńców limfocytozę i eozynof. Równolegle do tych zmian zachowuje się krzywa gorączki, ta jednak nie jest tak czuła jak obraz krwi. Podobne zmiany wywołuje każdy środek drażniący, a nie specyficzny, ale żaden nie działa tak silnie, a zarazem tak mało szkodliwie. Pozatem zimnica przez właściwą sobie obcęsowość pozwala na dozowanie dawki drażniącej. Małą szkodliwością dla komórek organizmu można wytłumaczyć brak odporności specyficznej, bo przy zimnicy nieleczonej powstaje *immunitas non sterilisans,* zresztą b. chwiejna.

Kiła natomiast cechuje się brakiem wybitnych odczynów ogólnych, jak gorączka, zmiany we krwi, a odporność specyficzna jest wybitną, wskutek czego krętki osiadając w tkankach zmieniają ich odporność odpowiednio dla siebie. Leczenie malarją schorzeń kiłowych jest działaniem aktywującem protoplazmę w myśl poglądów Weichardta wywołując silne odczyny ogólne, pobudzające tkanki do pokonania czynników szkodliwych, zwłaszcza w przypadkach zakażeń uporczywych w rodzaju *paral. progress.*

Fritz J. **Badania nad hemogramem Schillinga.** Opierając się na pracach Arnetha, wykazał Schilling, że zmiany w % obrazie krwinek białych mają ważne znaczenie symptomatologiczne, rozpoznawcze i prognostyczne po uwzględnieniu całego obrazu krwi. Badania Josepha i innych potwierdziły te zapatrywania i dzisiaj uważa się obraz krwi w myśl poglądów Schillinga za metodę kliniczną, mającą równe znaczenie, jak krzywa gorączki, tętna, osłuch. lub wypuk. Pomijając opanowanie techniki należy zwrócić uwagę, że każdy hemogram należy oceniać indywidualnie, zadając sobie pytanie jaki jest jego stosunek do całości obrazu klin. a dalej czy wskazuje na ciężkość objawów i jakie daje rokowanie. Autor badał tą metodą szereg chorób jak *polyarth. rrheum, endocarditis rrheum, lenta, sepsis, typhus abd., influenza, tbc. miliaris* i na podstawie 700 badań dochodzi do wniosku, że metoda ta jest ważnem uzupełnieniem obrazu klinicznego.

I. Haendel. **Przemiana gazowa w hipertonjach.** W przypadkach *hypertonia essent,* znalazł Mannsberg wzmożenie przemiany gazowej, które odnosi do działania tarczycy. Autor badał szereg przypadków wzmożonego ciśnienia i przekonał się, że hipertonja u ludzi nerwowych wykazuje duże wahania ciśnienia i tętna, pobudliwości układu naczyniowego, skłonność do tachykardji, a przemiana gazowa jest prawidłowa lub nieznacznie wzmożona. Przy *hypert. essent.* obserwuje się często tachykardję, a przemiana energ. bywa znacznie zwiększona, podczas gdy w *aort. luetica* jest prawidłowa a w *nephrit. chron.* nieznacznie powiększona. Autor nie zgadza się z Mannsbergiem co do wpływu tarczycy i dochodzi do wniosku, że podniesienie ciśnienia zależeć może także od działania nadnerczy, gruczołów płciowych.

E. Levi. **Przyczyna marskości wątroby w polycythaemji.** W pewnej liczbie przypadków polycythaemii leczonej phenylhydrazyną obserwowano marskość wątroby. Autor przypuszcza, że schorzenie wątroby wywołane jest wskutek wzmożonego rozpadu krwinek czerwonych. Phenylhydrazyna przyczynia się do uszkodzenia komórek wątroby w następstwie czego pojawiają się w moczu barwiki żółciowe oraz żółtaczka. Dłuższe leczenie tym środkiem prowadzić może do trwałego uszkodzenia miąższu wątroby i do marskości. Dlatego też autor sądzi, że leczenie phenylhydrazyną powinno być stosowane bardzo ostrożnie. *F. Siedlecki* (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 27 stycznia 1925 r.

Przewodniczy prezes Kol. Sawicki.

1. Kol. Michałowicz wygłosił rzecz p. t.: »Nowsze poglądy na płonicę« (przeznaczone do druku).

W dyskusji kol. Muttermilch zapytuje mowcę, czy jest już zupełnie ustalonym fakt, że paciorkowiec hemolityczny jest drobnoustrojem, który wywołuje płonicę. Czy wielki paciorkowiec hemolityczny i czy samodzielnie, czy też łącznie z innemi drobnoustrojami. W wielu przypadkach płonicy znajdujemy paciorkowca, ale też łącznie z innemi drobnoustrojami. Był okres w Niemczech, że wszelkie objawy sprowadzano do anafilaksji. Jednak podczas walki w organizmie orjentacja jest trudną. Długie lata upłynęły, a faktem jest jednak tylko anafilaksja laboratoryjna. Mówca twierdzi, iż niezrozumiałą mu jest możność zmiany konstytucji ustroju, o czem mówił prelegent. Konstytucję uważa za rzecz wrodzoną, której zmienić chyba nie można. Prędzej grają tu rolę wpływy nerwowe. Kol. Brokman w odpowiedzi kol. Muttermilchowi w sprawie odkrycia paciorkowca hemolitycznego, jako zarazka płonicy, stwierdza — że pomimo upadku tej teorji, obecnie sprawa ta odżywa znowu. W płonicy — ze śluzu, z ropy, z krwi — daje się wyhodować paciorkowiec hemolityczny. Czy jest on samodzielnym zarazkiem płonicy — z całą pewnością stwierdzić nie można, gdyż może istnieć jakiś nieznany dotychczas drobnoustrój, będący z paciorkowcem hemolitycznym w symbiozie. W każdym razie Dick'om dało się otrzymać toksyny, zapomocą których przeprowadzane są badania odporności, dające wyniki zupełnie pewne. W pierwszych dniach płonicy przeciwjadów w ustroju niema. Powstają one w 2 tygodnie. Cechą okresu anafilaktycznego jest obecność antitoksyny — antianafilaktycznego zaś — brak antitoksyn. W świetle tych badań upada teorja, iż płonica jest sprawą anafilaktyczną. Brokman uważa konstytucję za cechę stałą. Jeżeli paciorkowiec hemolityczny jest zarazkiem wywołującym płonicę, to konstytucją w danym razie jest zdolność organizmu do wytwarzania antitoksyny. Odgrywa też rolę chwilowa wrażliwość usposobienia. Kol. Michałowicz stwierdza, iż nie wiemy jeszcze dokładnie, czy paciorkowiec hemolityczny jest samodzielnym zarazkiem płonicy. Możliwe, że inny drobnoustrój przygotowuje grunkt do działania paciorkowca hemolitycznego. Co się tyczy anafilaksji — jest to sprawa nader skomplikowana. Konstytucję uważa mówca za pojęcie ogólne, jest to zespół cech danego ustroju, pewne cechy ulegają zmianom n. p. z wiekiem: Statystyka anginy wykazuje, że zapadają na nią dzieci od 5–12 roku życia. Choroba trwa do okresu pokwitania. Niektóre cechy konstytucji można zmienić n. p. zapomocą djety bezbiałkowej, leczenia odtłuszczającego, podawania sody. Każdy drobnoustrój potrzebuje pewnego optimum do egzystencji, n. p. *bacterium coli* w nader kwaśnym lub zasadowym środowisku ginie. Drogą, którą możemy dojść do zmiany konstytucji, jest skóra, potężnym zaś środkiem jest słońce. Mówca widział w Leysin roentgenogram z regeneracją 2 kręgów, przedtem zupełnie zniszczonych, po 2-letnim naświetlaniu osobnika na słońcu. Mówca uważa, że układ sympatyczny odgrywa tu dużą rolę.

2. Kol. Radliński wygłosił rzecz p. t. »**Rozpoznawanie schorzeń chirurgicznych okrężnicy**«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. Bronowski stwierdza, że obmacywanie brzucha powinno być bardzo dokładne i ostrożne. Bóle, jako cecha rozpoznawcza w schorzeniach esicy, są bardzo ważne. Bardzo dodatni sposób badania stanowi masaż brzucha, uwydatniający stawanie jelit. Proktoskopję uważa mówca za sposób badania niepewny, złudny. Nieraz niewinne przekrwienia na błonie śluzowej, wydać się mogą jako guzy. Kol. Czarkowski stwierdza, że najtrudniejszem zadaniem rozpoznawczem jest ustalenie wczesnego rozpoznania. Ważną rzeczą są wywiady. Mówca zalicza do nader ważnych objawów: dziecinne, tasiemkowate stolce, odchodzenie wiatrów, bóle, krew, w stolcu. Jeżeli przy badaniu proktoskopem — pokazuje się krew, jest to prawie pewną wskazówką, że mamy do czynienia z guzem. Badanie roentgenem często jest zawodne. Mówca uważa za rzecz wielkiej wagi — wysłuchiwanie jelit, można rozpoznać, gdyż wysłuchując jelito — słyszymy plusk (powyżej zwężenia). — Mówca wspomina o przypadku, w którym chory skarżył się na nietrzymanie wiatrów; stwierdził u tego chorego przy dokładnem badaniu plusk; na stole operacyjnym okazało się zwężenie jelita, wywołane przez przyrośnięty sznur sieci. Kol. Szper nawiązuje do 2 przypadków własnych: 30 letni urzędnik przybył z objawami podostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. W ciągu ośmiu dni stan chorego poprawił się znacznie. Przed wypisem wyczuwał się guz w okolicy poprzecznicy, bolesność nieznaczna w okolicy Mc. Burney'a, jadał, miał wypróżnienia, ale chodził zawsze zgarbiony. Roentgen żadnego zwężenia nie wykazał. 3 stycznia r. b. operacja, zmiany w wyrostku znaczne. Na poprzecznicy twardy guz długości 25 cm. Mówca wykazał *ileo-sigmoidostomję latero-lateralis*. Na 23 dzień chory opuścił szpital zdrów, bez śladu guza, badanie gruczołu usuniętego z krezki wykazało zwykły stan zapalny. Drugi przypadek zaczął się również jako *appendicitis acuta*. Mówca znał chorą oddawna, była zawsze zdrowa; w ciągu 8 dni chora zmarła, na sekcji stwierdzono zupełnie niespodzianie *carcinoma sigmae romanae* z przedziurawieniem. Kol. Sabat stwierdza, że badanie roentgenologiczne okrężnicy należy do najtrudniejszych. Nieumiejętność i brak doświadczenia fachowego może wprowadzić lekarza na błędne drogi. U pewnych osobników dają jelita pewien skurcz spastyczny jelita, łudzący podobny do zwężenia. Mówca stwierdza, że studja roentgenologiczne nie stoją na wysokości zadania. Kol. Czarkowski podkreśla jeszcze raz konieczność uzgadniania badań roentgenologicznych z badaniami klinicznemi. Kol. Zaorski: lekarz kliniczysta winien być obeznany z badaniem roentgenologicznem, gdyż to ułatwia roentgenologowi i klinicyście zadanie. Kol. Sawicki potwierdza wywody kol. Sabata. Klinicysta powinien śledzić przebieg badania roentgenologicznego. Mówca zna przypadek, gdy dwukrotne badanie roentgenologiczne wykazywało przewężenie jelita. Przy operacji zaś nie stwierdzono żadnej przyczyny zwężenia. Prawdopodobnie był to przypadek skurczu jelita podczas badania. Objaw wywoływania plusku jest znany, ale przy zwężeniu jelit cienkich, gdyż zawartość kiszki grubej przy zwężeniach jest spoistości papkowatej. Jednym z najtrudniejszych — jest rozpoznawanie schorzeń w dolnym odcinku esicy. Tam, gdzie trudno jest coś wymacać, mówca zaleca udawanie się do sposobu Rosenheima. Chorego układa się na prawy bok i wówczas łatwiej wyczuwamy zmiany w okolicy esicy. Charakteru guza możemy u wielu chorych nie określić, nawet na stole operacyjnym. Po wojnie przypadki nowotworów złośliwych u osobników młodych są częstsze. Mówca nawiązuje do 2 przypadków, w których operował młode dziewczyny z powodu guzów poprzecznicy. Jeden z nich był złośliwy, chora w ciągu roku zmarła, druga natomiast po pewnym czasie tak się poprawiła, że można było zamknąć jej *anus contra naturam*.

Sekretarz doroczny: *Byszewski*.

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 4 stycznia 1925 r. na oddziale chorób wewnętrznych dr. Stawnickiego.

1. Kol. Stawnicki pokazał i omówił:

a) 2 chorych z rozległemi **zmianami gruźliczemi w płucach, oraz objawami Sutherlanda** — wybitne rozszerzenie żyły odpromieniowej w odstępie między naramiennym i piersiowym mięśniem, szorstkość skóry na przedramionach); mowca podaje przyczyny i warunki powstawania tych objawów;

b) chorego na **wiąd rdzenia**: objaw Argyll-Robertsona w oku prawem i odruch opaczny źrenicy w oku lewem;

c) chorego w wieku lat 42 z **porażeniem postępującem w okresie wczesnym**. Odczyn Wassermanna (z surowicą krwi) ++++;

d) chorego w wieku lat 34 z **kiłą mózgu**. Były silne bóle głowy, czasowo utrata przytomności; obecnie: porażenie połowicze lewostronne, jednostronny niedowład dolnych gałązek nerwu twarzowego;

e) chorego w wieku lat 24 z **parkinsonizmem** w następstwie zapalenia nagminnego mózgu;

f) chorego w wieku lat 44 z **zapaleniem nerek**. Do szpitala przybył z objawami mocznicowemi (azotemja), obrzęki kończyn dolnych, ilość dobowa moczu 400,0. Badanie moczu wykazało liczne elementy nerkowe, białka 12‰ podług Essbacha. Ilość mocznika we krwi 120 mlgr na 100 cm³, w moczu 1.2%. Czynnik koncentracyjny mocznika 10. Leczenie: środki czyszczące, upust krwi, bezsolna, bezbiałkowa dieta. Po 4 tygodniowym pobycie wypisany bez objawów.

Kol. Stawnicki omawia sprawę rozpoznawczego znaczenia dla rokowania obecności mocznika we krwi i w moczu oraz prognostyczne znaczenie wzmożonej ilości nieorganicznego fosforu w osoczu krwi, zaznaczając złe znaczenie dla rokowania w zapaleniu nerek ilości nieorganicznego fosforu powyżej 10 mlgr na 100 cm³ osocza krwi (norm. 2—4 mlgr); omawia zasady określania fosforanów we krwi oraz zmiany chemiczne we krwi, wywołane zwiększoną ilością tychże.

2. Kol. Błagowidow pokazał chorą z **zapaleniem wsierdzia** po przebytem zapaleniu gardła oraz wygłasza referat: »**O zapaleniu wsierdzia, rozpoznawaniu, różniczkowaniu i leczeniu**«.

W dyskusji brali udział koledzy: Grünwald, Batawia, Tomaszewski, Stawnicki.

3. Kol. Stawnicki pokazał aparat Mac-Lean'a do określania ilości cukru we krwi.

4. Kol. Szaniawski pokazał 3 letnie dziecko, przyjęte do szpitala z **objawami oponowemi i grypowemi równocześnie**. Po 3 dniach objawy **mózgowe** ustąpiły, uwydatniały się natomiast objawy grypowe; rozpoznaje *meningismus* na tle grypy.

Posiedzenie administracyjne w dniu 17 stycznia 1925.

Na propozycję przewodniczącego kol. Rożkowskiego uczczono przez powstanie zmarłego prof. Rzętkowskiego.

1) Kol. Wasilewski pokazał: a) chorą dziewicę (*virgo intacta*) 20 letnią z **chorobą gardła**, trudną do rozpoznania; prawy migdałek zniszczony, języczek również; stosowano tytułem próby surowicę przeciwbłoniczą — bez wyniku; kol. W. uważa rozpoznanie jako niepewne, prawdopodobnie kiła. Tegoż zdania są koledzy Franke i Kędzierski, który opisuje podobny przypadek; b) pokazał chorego, któremu z powodu **nieżytu oskrzeli przewlekłego i duszności** zalecił **stosowanie** do wewnątrz **nalewki jodowej** w dawkach miernych — niebawem nastąpiła wysypka obfita na boku prawym, na twarzy i kończynach górnych, wysypka rozlana, podobna do rumienia; obecnie naskórek łuszczy się; wysypka w tym przypadku nie jest podobna do zwykłej jodzicy. Zdaniem kol. Petrykata jest to *dermatitis toxica*, zależna od nadmiernej wrażliwości na jod.

2) Kol. Łokczewski pokazał noworodka, otrzymanego przy porodzie niewczesnym: przy porodzie w położeniu nóżkowem zauważył **wadę rozwojową w okolicy szyi** (niezwykłą grubość) oraz **wydzielanie się na zewnątrz mózgu**; dziecko ma wadę rozwojową mózgowia — typ hemicefaliczny: czaszka spłaszczona, wydłużona ku tyłowi, osadzona bezpośrednio na tułowiu; (brak szyi); na potylicy i na części piersiowej kręgosłupa otwory — *spina bifida*.



3) Kol. Kahl pokazał **noworodka z przepukliną oponową** wielkości małej pomarańczy w dolnej części *kości krzyżowej*.

4) Wysłuchano **sprawozdań rocznych sekretarza i skarbnika**.

5) Kol. Okuszko wygłosił sprawozdanie z **działalności Izby lekarskiej** krakowskiej za r. 1924.

6) Poczem odbyły się **wybory Zarządu Towarzystwa** z wynikiem poniższym: prezes — kol. Rożkowski, zastępca — kol.

Wrześniowski, sekretarz — Łokczewski, skarbnik — Edw. Kohn, członkowie Zarządu — Stawnicki i Batawia, bibljotekarze — Popkow i St. Kon, kom. rewizyjna — mag. Nowak, kol. Wasilewski i Wołowski.

Sekretarz: *K. Łokczewski.*

Polskie Towarzystwo Anatomiczne w Warszawie.

Sprawozdanie z posiedzenia w dniu 14 stycznia 1925

Przewodniczący: M. Konopacki.

1. Zatwierdzenie sprawozdania z posiedzenia poprzedniego.

2. Przewodniczący zakomunikował o nadesłanych do bibljoteki Tow. odbitkach prac: Drów Komockiego, P. Słonimskiego i A. Wojciechowskiego.

Postanowiono, aby nadsyłane prace pozostawały na przechowaniu u sekretarza aż do wyboru bibljotekarza.

3. E. Loth zawiadomił o nadesłanych mu czasopismach i pracach z Rosji oraz poruszył sprawę wymiany prac z zagranicą.

4. M. Konopacki wygłosił komunikat na temat: **»Nieco danych histochemicznych o t. zw. jądrze żółtkowem i tworzeniu się żółtka w oocytach żaby«.**

Zapomocą metod mikrochemicznych autor wykazał obecność t. zw. jądra żółtkowego w młodych oocytach z września. Składa się ono ze skupienia ziarenek natury mitochondrialnej i z ziarenek lipoidów. Podczas wzrostu oocytów substancja jądra żółtkowego, niewykazującego żadnego odgraniczenia od reszty ooplazmy, okazuje się raczej substancją żółtkotwórczą. Dzieli się ona na dwie lub trzy części, z których jedna układa się około jądra, druga na obwodzie jaja. Ilość lipoidów wzrasta, tak, że w oocycie ok. 300 u zawiera ich bardzo dużo w obu warstwach. W oocytach ok. 350 u zaczyna się dopiero tworzyć żółtko w obu tych warstwach, prędzej jednak na obwodzie. Ziarenka żółtka barwią się kwasochłonnie.

Za tem, że lipoidy biorą udział w tworzeniu się żółtka, przemawia fakt stopniowego ich zużywania się i to nierównomiernego w całym oocycie: Na biegunie roślinnym, gdzie żółtka wytwarza się więcej, zużywają się one prawie całkowicie, natomiast na biegunie zwierzęcym pewna ich ilość zostaje. Jednocześnie z tym procesem wytwarzają się w oocycie tłuszcze obojętne, również obficiej na biegunie zwierzęcym. W ten sposób już w oocycie ok. 540 u, gdy niema jeszcze barwika, można wykazać budowę biegunową.

Glikogen zjawia się tuż przed wytworzeniem się żółtka również w warstwie obwodowej i około jądra i prawdopodobnie bierze też udział w tworzeniu się żółtka, które stopniowo zmienia swe własności kwasochłonne na zasadochłonne. Rolę przenosiciela tych substancyj zapasowych odgrywa nabłonek folikularny, w którym można wykazać tak obecność lipoidów, jak i glikogenu.

Na podstawie powyższych danych i danych Vossa o umiejscowieniu oksydaz w oocycie t. zw. jądro żółtkowe i masa żółtkotwórcza są pewnemi ośrodkami procesów twórczych dla substancyj zapasowych rozwijającej się komórki jajowej. Komunikat był ilustrowany licznemi rysunkami.

W dyskusji zabierała głos Z. Zakolska.

5. C. Jastrzębiec przedstawił komunikat: **»O zmienności zastawki trójdzielnej w sercu ludzkiem«.**

Na podstawie przeszło 600 spostrzeżeń, z których 100 były poddane analizie szczegółowej, mówca znalazł 28 odmian kształtu zastawki przedsionkowo-komorowej prawej i przyszedł do wniosków następujących:

1) Klasyczna budowa zastawki trójdzielnej została stwierdzona 14% i dlatego nie może być uważana za typową.

2) Pomiędzy płatkami przednim a przyśrodkowym w 90% znajduje się niewielki płatek uzupełniający, nazwany przez prelegenta pośrednim (*c. medialis*). Płatek ten należy uważać za typową składową część zastawki.

3) Płatki zastawki trójdzielnej można podzielić na dwa typy: nie rozszczepione i rozszczepione wcięciami dodatkowemi. Tak pierwsze, jak i drugie mogą być wolne lub zrośnięte z płatkami sąsiedniemi.

5) Rozszczepienie płatka bywa symetryczne (częściej) lub asymetryczne (rzadko).

6) Zrastanie płatków bywa całkowite, t. j. bez śladów wcięcia (asymilacja), lub częściowe, gdy pozostaje pomiędzy niemi płytkie wcięcie, albo istnieje różnica ich długości.

Dane liczbowe i schematyczne rysunki odmian były przedstawione na 10 tablicach.

Omówienie przyczyn kształtu zastawki trójdzielnej mówca odłożył na jedno z posiedzeń następnych.

W dyskusji zabierał głos E. Loth.

6. J. Zweibaum pokazał liczne hodowle śledziony i sieci królika, psa i kota dorosłych w różnych okresach ich wzrostu *in vitro* (metodą Carrela) oraz hodowle fibroblastów na włóknach waty (metodą Fischera), które są obecnie przedmiotem badań prelegenta. Poza pokazem żywych tkanek autor pokazał utrwalone preparaty takich hodowli, zawierające liczne figury mitotyczne. Pokazy mówca poprzedził krótkim referatem o obecnym stanie strony technicznej hodowli *in vitro*.

Sekretarz: *C. Jastrzębski.*

Sekcja sanitarna Tow. Wiedzy Wojskowej w Przemyślu.

Posiedzenie w dniu 5 marca 1925.

Przewodniczący wita Kolegów, którzy okazali chęć naukowej współpracy z lekarzami wojskowymi, poczem następuje szereg pokazów.

1. Ppułk. dr. Kostka pokazuje: a) chorą z rozpoznaniem **erytrodermia** na tle zatrucia mięsem (sardynkami); b) **nietypową postać łuszczycy** (*psoriasis*), umiejscowioną w pachwinach i pachach, podczas gdy łokcie i kolana są wolne; c) **lichen (keratosis) pilaris** - zrogowacenie ujść mieszków włosnych; d. **tuberkulidy**, postać guzkowo-martwicza.

2) Kpt. dr. Jarzyński pokazuje: a) dwa przypadki **złamania miednicy**, dając krótki zarys złamań miednicy wogóle i objaśniając je kliszami roentgenologicznemi; b) przypadek **ciężkiej skrofuloderma**, oraz gruźlicy mostka, leczone z bardzo dobrym wynikiem lampą kwarcową.

3) Mjr. dr. Tatkowski pokazuje chorego z **ciałem obcem** (opiłki mosiężne) **w oku**, które wywołały znaczne bujanie tkanki spojówki.

4) Prof. dr. Dzierzyński wygłosił bardzo wyczerpujący wykład na temat **»Zarys czynności ruchowych mózgu«.**

5) Pułk. dr. Lewicki zwrócił się z apelem do lekarzy rezerw, by uczęszczali na posiedzenia, biorąc udział w pracach Sekcji, oraz w ćwiczeniach aplikacyjnych Korpusu Sanitarnego, obiecując im imieniem Dep. Sanit. pewne ulgi w powoływaniu na ćwiczenia.

Posiedzenie w dniu 7 stycznia 1925 r.

Obecnych 28 lekarzy wojskowych i kontraktowych. Zarząd Sekcji składa sprawozdanie z działalności za rok ubiegły, poczem udzielono im absolutorjum i wybrano nowy Zarząd w składzie: Ppułk. lek. dr. prof. Dzierzyński, przewodniczący, Mjr. lek. dr. Tatkowski, sekretarz; kpt. apt. Czernik, skarbnik

Szef Sanitarny płk. Lewicki stawia wniosek, aby nowy Zarząd urządzał posiedzenia Sekcji conajmniej raz w miesiącu, a mianowicie w każdy czwartek po pierwszym każdego miesiąca, oraz by w posiedzeniach naukowych brali jak najliczniejszy udział lekarze cywilni i rezerwowi. Uchwalono zawiadamiać lekarzy cywilnych i rezerwowych osobnemi zaproszeniami — oraz utworzyć w Szpitalu Okręgowym czytelnię, gdzie w pewnych określonych godzinach możnaby korzystać z fachowych czasopism prenumerowanych przez Sekcję. Na posiedzenia uchwalono zapraszać także oficerów sanitarnych.

1. Ppułk. lek. dr. Kostka wygłosił drugą część swego referatu. Mówca przedstawił dowody, że krętek blady stoi bezsprzecznie w etjologicznym związku do kiły i omówił wyniki ostatnich badań eksperymentalnych na zwierzętach i ludziach w szczególności tyczących się zakaźności objawów kiłowych w poszczególnych okresach choroby wydzielin, wydalin krwi. Następnie mówca skreślił szczegółowo teorję różnorodności krętków bladych. Przy omawianiu patogenezy poszczególnych okresów kiły zwrócił mówca szczególniejszą uwagę na okres pierwszy, jako najważniejszy, bo w tym okresie mamy jeszcze w ręku dalszy los chorego, w nim możemy przez odpowiednie działanie wyleczyć chorobę poronnie. Kiłę pierwotną t. j. okres zakażenia, aż do objawów drugorzędnych nie możemy jak dawniej uważać za okres czysto lokalny, regionarny; nawet najbardziej świeże zakażenie nie jest sprawą lokalną, albowiem już wtedy jad dostaje się poza miejsce infekcji, czyniąc pierwszy krok do ogólnego zakażenia. Doświadczenia wykazują, że krew zawiera krętki już podczas pierwszego okresu wylęgania się choroby, w czasie, gdy wrzód znajduje się jeszcze w rozwoju. I tu leży odpowiedzialne i wdzięczne zadanie lekarza wojskowego oddziałowego, ażeby podczas wizyt lekarskich wykrywać wcześnie zakażenia kiłowe, aby posyłać do leczenia tak oficerów, jak i szeregowych w tym pierwszym okresie kiły, bo wtedy mamy możność przez leczenie poronne zupełnego wyleczenia choroby. Im wcześniej rozpoczniemy leczenie, tem większe szanse w leczeniu. Leczenie kiły winno być zastosowane do indywidualności chorego i opierać się na następujących trzech zasadach: 1) winno rozpocząć się jak najwcześniej, 2) winno być jak najintenzywniejsze, 3) winno uniknąć wszelkiego uszkodzenia chorego, tak przemijającego, jak trwałego.

Mówca wskazuje na niebezpieczeństwo, jakie może wyniknąć z niedostatecznego leczenia salwarsanem i opisuje szeroko powstawanie neurorecydyw. Następnie omówił leczenie poronne, leczenie w okresie drugorzędnym i w okresach późniejszych.

Następnie wywiązała się ożywiona dyskusja. Dr. Szwarc zauważył, iż w Niemczech pojawia się znowu zwrot ku leczeniu kiły rtęcią — a do preparatów salwarsanowych odnosi się z pewną rezerwą. Dr. Turnheim i dr. Sohn zauważyli, iż odczyn Wassermanna nie jest bezwzględnym pewnikiem istniejącej kiły, gdyż spotykamy go także przy gośćcu stawowym, po wstrzyknięciu mleka, przy zimnicy i t. p. Mjr. Zacharski uważa za pewny środek rozpoznawczy badanie mikroskopowe limfy aspirowanej z gruczołów chłonnych, Ppułk prof. Dzierzyński mówi o teorjach paraliżu postępowego i wylicza ich trzy. Pierwsza opiewająca, iż istnieją pewne szczepy krętków bladych, wywołujące postać porażenia postępowego, jednak

niczem doświadczalnem nie potwierdzona, druga teorja twierdzi, iż krętki blade przesycone jodem, podczas leczenia tym preparatem, mają pewne powinowactwo do układu nerwowego i tam się głównie umiejscawiają, i trzecia, iż sposób działania leków swoistych na krętki nie jest nam znany. Możliwe więc, że, jeżeli krętki skupiają się koło naczyń, ulegają łatwiej zabiciu przez leki podawane dożylnie czy śródmięśniowo, jeżeli zaś rozłożyły się koło nerwów, nie stykają się z lekiem i wywołują formę objawu paraliżu postępowego. Co do pewnego związku paraliżu ze służbą wojsk., chociażby częściowego, to trzebaby dowieść statystycznie, iż procent paraliżu postępowego wśród wojskowych jest większy, aniżeli wśród osób cywilnych, a tego do tej pory nie spostrzegano. Pewien związek możnaby jedynie przyjąć przy wstrząsach nerwowych, a więc przy zasypaniu ziemią, zranieniu i t. p. Jest stanowczo przeciwny leczeniu paraliżu postępowego szczepieniem plasmodyj zimnicy, gdyż zimnica przybiera często postać trudno uleczalną, a następnie w chory już organizm wprowadza się nowe drobnoustroje, nieobojętne dla organizmu.

2. Dr. Filmowski pokazuje płód bez mózgu (*anencephalus*), pochodzący z matki z rodziny gruźliczej, liczącej 27 lat; jest to czwarta ciąża, a płód obecny nie posiada zupełnie mózgu.

I. Zjazd przeciwgruźlicy i IV. Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich w Krakowie.

Wspólny komitet organizacyjny I. Zjazdu przeciwgruźliczego i IV. Zjazdn lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich (prezes: prof. dr Witold Orłowski, sekretarze: doc. dr. T. Tempka i dr. J. Weisberg) przypomina wszystkim zainteresowanym, że Zjazd przeciwgruźliczy odbędzie się w Krakowie w dniach 16 i 17 maja 1925, zaś IV. zjazd sanitarny również w Krakowie w dniach 18 i 19 maja 1925 r. W czasie obu zjazdów otwarta będzie wystawa higjeniczna.

Czas przeznaczony na wygłoszenie referatu uzupełniającego nie może przekroczyć 15 minut. Również przypomina się, że skarbnik komitetu (dr. Józef Owsiński, Kraków, Magistrat Miejski, Urząd Zdrowia) przyjmuje zgłoszenia o mieszkania dla uczestników zjazdu najpóźniej do dnia 15 kwietnia 1925 roku. Wkładka uczestnika wynosi dla każdego zjazdu po 10 zł.; nadsyłać ją należy pod adresem skarbnika.

Komitet prosi tak ogół lekarzy, jak i wszystkie instytucje i sfery, mające styczność z problemem sanitarnym, do wzięcia jak najliczniejszego udziału w obu zjazdach.

Doc. dr. Tempka, sekretarz. *Prof. dr. W. Orłowski*, prezes.

XII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Sekcja medycyny wewnętrznej i balneologji.

VI. zjazd internistów polskich odbędzie się w Warszawie jednocześnie z XII. zjazdem lekarzy i przyrodników polskich, jako sekcja tego zjazdu. Tematy główne: 1. Choroba Brighta. Referenci: M. Franke (Lwów) i A. Landau (Warszawa). 2. Kamica żółciowa (wspólnie z sekcją chirurgiczną). Referenci: Wł. Jancwski i A. Leśniowski (Warszawa).

Zgłaszający referaty i wykłady winni wraz ze zgłoszeniem nadsyłać krótkie, wyraźnie napisane (najlepiej na maszynie) ich streszczenie, bez których referaty nie będą przyjmowane. Referat może trwać najdłużej 15 minut, przemówienie w dyskusji 5 minut. Ostatni termin zgłaszania 15. maja Adres: Żelazna 4, Szpital Dzieciątka Jezus, lekarz naczelny A. Puławski.

Przewodniczący Sekcji: *A. Puławski.*

Kalendarz Zjazdów.

W Wiesbadenie odbędzie się dnia 20—23 kwietnia Zjazd Internistów niemieckich. Prezes: radca Moritz (Kolonja).

W. Bad-Nauheimie dnia 25—27 kwietnia odbędzie się Zjazd Roentgenologów niemieckich. Prezes: prof. Dietlen (Hamburg, Saar).

W Berlinie dnia 22—23 maja — Zjazd centralnego Komitetu do walki z gruźlicą (Berlin W. 9. Königin Augustastr. 7.).

W Petrogradzie dnia 23—27 maja — Wszechrosyjski zjazd fizjoterapeutyczny.

W Londynie dnia 30 maja — Międzynarodowy zjazd okulistów.

Sprawy zawodowe.

Sąd Naczelnej Izby lekarskiej.

Nieuruchomienie Sądu Naczelnej Izby lekarskiej trwa ponad wszelkie przewidywania. Siedmnaście spraw odwoławczych leży niezałatwionych, hamując wykonanie wyroków Sądów Izb Rzecznicy dyscyplinarni, zasądzeni i inne osoby, które złożyły podania odwoławcze, nadaremnie oczekują rozstrzygnięcia spraw. Tymczasem Sąd naczelnej Izby lekarskiej wbrew własnej chęci i gotowości nie może być uruchomiony.

W celu wyjaśnienia ogółowi lekarskiemu przyczyn tej przymusowej pozornej bezczynności Prezydjum Sądu N. I. L. uważa za swój obowiązek podać do wiadomości Zarządów Izb lekarskich i ogółu lekarskiego, co następuje:

Artykuł 40 Ustawy o ustroju i zakresie działania Izb lekarskich głosi:

»Zasady, na jakich opierać się będzie organizacja Sądu Naczelnej Izby lekarskiej oraz szczegółowy porządek jego postępowania, określi oddzielny regulamin. Na wniosek Naczelnej Izby lekarskiej regulamin ten ustali Minister Zdrowia Publicznego w oddzielnem rozporządzeniu«.

Tak więc zasady organizacji i porządek postępowania Sądu N. I. l. nie są dane w ustawie. Ma je stworzyć dopiero regulamin. Regulamin ma być przedstawiony przez Naczelną Izbę lekarską (jako jej wniosek). Ministrowi Zdrowia, który ma go ogłosić w oddzielnem rozporządzeniu. Dopiero wtedy Sąd N. I. l. otrzymuje uprawnienie dla swej organizacji i czynności swoich. Do tej chwili nie może zacząć sądzić.

Naczelna Izba lekarska w osobie jej Zarządu zaraz po dokonaniu wyborów na członków Sądu 27. I. 1924 roku, wręczyła Sądowi pierwszy projekt regulaminu wykończonego. Sąd N. I. l. powierzył to zadanie Prezydjum Sądu, jakie wybrał dn. 16. III. 1924 roku. Prezydjum zaprosiło do współpracy wybitnego znawcę prawa sędziego Stanisława Witulińskiego, członka Sądu Najwyższego, opracowało, pilnie korzystając z jego uwag i wskazówek, projekt regulaminu, w początku lipca 1924 roku rozesłało go wszystkim członkom Sądu N. I. l., a Sąd N. I. l. w pełnym składzie na posiedzeniu dnia 14. IX. 1924 roku, po dokonaniu poprawek i dopełnień, projekt zatwierdził. 26. IX. 1924 r. projekt został przesłany do Zarządu N. I. l., który po przyjęciu go bez zmiany, przesłał go dnia 18 X. 1924 r. do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z wnioskiem o ogłoszenie regulaminu tego w oddzielnem rozporządzeniu.

Przez ten czas Prezydjum S. N. I. l. zaznajomiło się ze wszystkiemi sprawami, jakie zostały doń skierowane, i czeka na dzień, w którym wniosek Naczelnej Izby lekarskiej zostanie ogłoszony w oddzielnem rozporządzeniu. Czeka dotychczas bezskutecznie, pomimo starań i przypominań, otrzymując od kilku miesięcy zapewnienia, niesprawdzające się w następstwie. A tymczasem napływają do Sądu ekscytacje o danie biegu sprawom, których niezałatwienie szerzy nieład w Izbach.

Chcąc uchronić Sąd N. I. l. od niesłusznego pomawiania go o bezczynność własnowolną, Prezydjum Sądu N. I. l. pozwala sobie powyższy stan rzeczy podać do powszechnej wiadomości.

Warszawa, 3. IV. 1925 r.

W imieniu Prezydjum Sądu N. I. l.
Przewodniczący Sądu N. I. l. *Dr. med. Adolf Kozerski.*
Pisarz Sądu N. I. l. *Dr. Wł. Janowski.*

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Miejskie sanatorjum gruźlicze w Krakowie W grudniu 1924 wskutek uchwały Zarządu miasta dokonano otwarcia w miejskich Zakładach sanitarnych w Prądniku białym sanatorjum dla chorych gruźliczych. — Sanatorjum urządzone jest wedle wszelkich wymogów higjeny dla średnio zamożnej ludności. Lecznica pomieszczona w trzech pawilonach słonecznych, centralnie ogrzanych, oświetlonych elektrycznie, zaopatrzonych w wodociąg, rozporządza dwoma werandami i ogrodem spacerowym dla chorych, posiada własną pracownię chemiczną, Roentgena, lampy kwarcowe oraz szereg nowoczesnych przyrządów i środków leczniczych. Zakład gruźliczy w Prądniku białym przyjmuje chorych z każdą postacią gruźlicy. — Koszt utrzymania chorego (wikt 5 razy dziennie) wraz z opieką lekarską, lekarstwami, naświetlaniami, i wszelkiemi innemi zabiegami leczniczemi wynosi około 7 zł. dziennie.

Lecznica mieści powyżej 100 łóżek, rozmieszczonych w sześciu salach wspólnych. — Obecnie jest w leczeniu 64 chorych. Do komunikacji z miastem służą samochody sanitarne.

Szczegółowych informacyj i wyjaśnień udziela kierownictwo Zakładów w Prądniku białym (tel. 1075) lub miejski Urząd Zdrowia (tel. 373).

Ze świata.

V. Kongres międzynarodowy Historji Medycyny odbędzie się dnia 20—25 lipca b. r. w Genewie. Prezesem Komitetu organizacyjnego jest genewski docent historji i fizjologji medycyny dr. Charlet Greene Cumstom. Zgłoszenia przyjmuje generalny sekretarjat Kongresu: 20, rue Général — Dufour, Genève. Wkładka członkowska uczestnika Kongresu wynosi 15 fr. szwajc. Polacy zgłosili dotąd 6 referatów: W. Bugiel: Les etudiants Polonais à la Faculté de médecine de Paris au XIII-me, XIV-me et XV-me siècles. — Tenże: Deux milieux médicaux; le medecin et son malade chez Hippocrate ainsi qne chez Galien et chez Rharès. — W. Szumowski: L'Ecole médicale de Cracovie lers du derniers roi de Pologne. — Tenże. Note sur deux écrits médicaux de Mathias de Miechow. — A. Wrzosek: Robert Remak et la sciense polonaise. Contribution á l'histoire de la médecine en Pologne. — Tenże: Jean Emmanuel Gilibert comme organizateur de l'Ecole de médecine á Grodno en 1775—1781. (Arch. Historji i Filozofji Med. T. II. zesz. I. r. r. 1925).